

THESIS. MUNICH. 1969.

**Einige Milieufaktoren der frühesten
Kindheit verhaltensgestörter Kinder und
ihre Beziehungen zur Symptomatik**

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

Hans-Dieter Karch

LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

Aus der Universitäts-Kinderpoliklinik München

(Leiter: Prof. Dr. med. H. Spieß)

Einige Milieufaktoren der frühesten
Kindheit verhaltensgestörter Kinder
und ihre Beziehungen zur Symptomatik

Inaugural - Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans-Dieter Karch

aus

Kalisch

1969

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Priv.Do. Dr. G. Biermann

Mitberichterstatter: Professor Dr. med. H. Spiess

Dekan: Professor Dr. med. E. Kraft

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 12. 1969

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. DIE BEDEUTUNG DER FRÜHESTEN KINDHEIT	2
III. FRAGESTELLUNG UND METHODIK	7
IV. KRITISCHE ANMERKUNGEN ZUR ARBEIT UND METHODE	13
V. DAS UNTERSUCHUNGSGUT	17
VI. ERGEBNISSE	28
A. PRÜFUNG DER GESAMTABHÄNGIGKEIT DER SYMPTOMATIK VON DEN FAKTOREN	28
a) Bei der Zusammenfassung in den Merkmals- ausprägungen	32
b) Bei der Zusammenfassung in den Symptomen	33
c) Besprechung der Ergebnisse	35
1) Soziale Schicht	35
2) Familiensituation	39
3) Stilldauer	43
4) Krankenhausaufenthalt des Kindes	46
B. PRÜFUNG DER ABHÄNGIGKEIT EINZELNER SYMPTOME VON EINZELNEN MERKMALSAUSPRÄGUNGEN	47
VII. ZUSAMMENFASSUNG	67
VIII. LITERATUR	70



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. EINLEITUNG

Die Bedeutung der Umwelt für die Entwicklung und Reifung des Menschen ist schon lange Gegenstand eingehender Forschung. In neuerer Zeit werden im Rahmen der sog. soziologischen Medizin bzw. der medizinischen Soziologie die Beziehungen zwischen der sozialen Umgebung und der Erkrankung des Menschen systematisch untersucht. Man geht dabei von der Hypothese aus, daß der Mensch in seinen physiologischen und pathologischen Funktionen von sozialen Faktoren mitbestimmt wird.

Eine umfassende Darstellung der bisherigen Arbeiten aus diesem Gebiet gab PFLANZ in "Sozialer Wandel und Krankheit". FÜRSTENAU stellte die wichtigsten Ergebnisse vor allem im Hinblick auf die Kindheit zusammen. Die ausführlichsten Untersuchungen wurden bisher in den USA angestellt, bei denen eine unterschiedliche Verteilung der psychiatrischen Erkrankungen in den sozialen Schichten beobachtet werden konnte (HOLLINGSHEAD und REDLICH, FREEDMAN und HOLLINGSHEAD, GREEN u.a. Übersicht siehe FRIED). Die Einflußnahme der Umweltfaktoren auf die Verhaltensstörungen der Kinder wurden von RENNIE und SROLE, BRUCH, GEDDA, HARNACK, DÜHRSEN und anderen festgehalten. Interessante Hinweise auf die Bedeutung der Umgebung für die Entstehung und die Art der Verhaltensstörungen geben auch die Untersuchungen über die Sozialisation des Kindes (BOSSARD und BOLL, PARSONS, BRONFENBRENNER, CLAESSENS u.a.), in denen die verschiedenen Erziehungsmethoden für die unterschiedliche Persönlichkeitsentwicklung verantwortlich gemacht werden.

Fast alle Untersuchungen der Abhängigkeit psychischer Erkrankungen von den Umweltfaktoren erfassen nur die Verhältnisse, welche aktuell anzutreffen sind. Daß sich die Faktoren im Laufe der Entwicklung ändern, wurde nicht berücksichtigt. Über einen Einfluß der Milieufaktoren bezogen auf den Zeitraum seiner Einwirkung kann damit nichts ausgesagt werden, obwohl die Entwicklungsphase des Kindes sicher entscheidend ist für die pathogene Bedeutung etwa einer längeren Trennung von der Mutter.

Ein kleiner Schritt auf dem Weg zur Klärung dieses Problems soll in dieser Arbeit unternommen werden, in der die Beziehung der Milieufaktoren, welche während der frühesten Kindheit bestanden, zu der Art der Verhaltensstörungen beleuchtet werden soll.

II. DIE BEDEUTUNG DER FRÜHESTEN KINDHEIT

Seit der Entdeckung FREUDs, daß frühe Kindheitserlebnisse einen starken Einfluß auf die Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen haben, wird diesem Abschnitt unseres Lebens, nicht nur in der psychoanalytischen Forschung, eine besondere Bedeutung beigemessen.

1) Als Substrat der motorischen und geistigen Unreife des Säuglings findet sich im Bereich des ZNS das Fehlen der Markscheiden, die sich erst gegen Ende des ersten Lebensjahres voll ausbilden. Das ZNS ist nur in den Teilen funktionsfähig, die die lebensnotwendigen vegetativen Regelkreise der Atmung, des Kreislaufs und der Verdauung repräsentieren. Dabei ist die Anzahl der Neurone schon von Anfang ebenso hoch wie im Erwachsenenalter. Das Gehirngewicht verdoppelt sich in den ersten 9 Monaten als Ausdruck der Markscheidenreifung und verdreifacht sich bis zum Ablauf des 3. Lebensjahres (SPATZ zit. aus EWERDING).

2) Der Entwicklung der organischen Struktur entsprechend reift auch die psychische Struktur des Kleinkindes. BÜHLER, Ch. und BÜHLER, K. teilten die spontane Aktivität des Säuglings in sog. Tageskreise ein, die sich im Laufe der Entwicklung in typischer Weise ändern. Die Phase der Wachheit und mit ihr verknüpft das spontane Experimentieren nimmt einen immer größeren Raum ein. Dabei entwickeln sich die Fähigkeiten des Experimentierens in bestimmter Reihenfolge, die Rückschlüsse auf die Reifestufe des Kleinkindes zuläßt.

Auch GESELL konnte phasenspezifische Verhaltensprofile des Kleinkindes erkennen, die allerdings von den individuellen Eigenheiten des Kindes leicht variiert werden können. Mit dem Erlernen des Aufrechtgehens und dem Erwerb der ersten Sprachlaute geht, normalerweise um den 15. Monat herum, das Babyalter zu Ende.

3) Durch vergleichende Beobachtung der Verhältnisse bei den Säugetieren erkannte PORTMANN die einzigartige Stellung des menschlichen Säuglings. Er bezeichnet den Menschen als physiologische Frühgeburt, die in einem sog. extrauterinen Frühjahr die volle Reifung seiner Strukturen und Verhaltensweisen erfährt. Der Säugling ist dabei ohne die Fürsorge der Umwelt, die PORTMANN auch als "sozialen Uterus" bezeichnet, nicht lebensfähig. Die Hilfsbedürftigkeit wird noch verstärkt durch eine relative Instinktarmut, die durch die Möglichkeiten der menschlichen Intelligenz erst spät ausgeglichen wird.

4) Mit dem Begriff des sozialen Uterus sollen schon die prinzipiellen Möglichkeiten der Umwelteinflüsse angedeutet werden. Das wird auch von der Soziologie, insbesondere der Kulturanthropologie, zur Erklärung der Variabilität menschlichen Verhaltens bei den verschiedenen Völkern herangezogen. Die Forschungen von MEAD, KARDINER, ERIKSON, BENEDIKT u.a. konnten zeigen, daß sehr viele von uns als angeboren betrachtete Verhaltensweisen in anderen Kulturen als anormal abgelehnt werden. In jeder Kultur wird eine spezifische "Basic Personality", eine kulturelle Persönlichkeit dem Menschen vermittelt, die sich im Laufe des Lebens nur wenig mehr ändern kann.

5) Daß die Fürsorge für das Kleinkind nicht nur eine rein technische oder hygienische sein kann, ergibt sich schon aus dem vorhergehenden Abschnitt. Die zahlreichen Untersuchungen über die körperliche und geistige Retardierung der Kinder, die in Heimen aufwachsen, verdeutlichen das Problem der emotionalen Minderversorgung der Kleinkinder.

In Bayern hat vor allem HELLBRÜGGE immer wieder auf die Verhältnisse in den Säuglingsheimen hingewiesen. MEIERHOFER und KELLER

veröffentlichten in jüngster Zeit eine Studie der Entwicklung von Heimkindern in der Schweiz, bei der leider die schon bekannten Ergebnisse bestätigt werden mußten.

Diese sind in zwei Sammelbänden der WHO von BOWLBY und AINSWORTH veröffentlicht worden. Aus den vergleichenden Untersuchungen zwischen Heimkindern und Familienkindern, aus rückblickenden Erhebungen bei verhaltensgestörten Kindern und aus longitudinalen Beobachtungen an Heimkindern ergaben sich übereinstimmend folgende Erkenntnisse:

Als pathogen wirken: 1) das vollständige Fehlen der Möglichkeit während der ersten drei Lebensjahre affektive Beziehungen mit einer bestimmten Person einzugehen. 2) Das Fehlen der mütterlichen Fürsorge während der ersten drei Lebensjahre für mindestens drei bis sechs Monate. 3.) hebt BOWLBY hervor, daß auch der häufige Wechsel der Mutterpersönlichkeit in diesem Zeitraum pathogen sein kann (s.a. FREUD, A., FREUD, A. und BURLINGHAM, DÜHRSEN, SCHRAML u.a.).

6) R. SPITZ hat sich besonders eingehend mit diesem Problem auseinander gesetzt. Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, die sich im Säuglingsalter vollzieht, ist für ihn die Vorläufer jeder zwischenmenschlichen Beziehung, jeder sozialen Beziehung überhaupt. Sie können sich nur in einem guten affektiven Klima, der sog. Mutter-Kind Dyade bilden.

Die Mutter ist dabei der Garant der lebensnotwendigen Versorgung des Kindes, die Vertreterin der Umwelt, und der Bezugspunkt, zu dem hin sich die Libido und später auch die Aggressionen des Kindes orientieren können. In der Interaktion von Mutter und Säugling, dem Dialog zwischen Mutter und Kind, geschieht die Entwicklung des Ich und des Über-Ich des Kindes und bildet sich die Lenkung und Leitung der Libido.

An den pathologischen Veränderungen des kindlichen Verhaltens läßt sich nach SPITZ die Bedeutung der einzelnen Faktoren innerhalb der Dyade erkennen. Er unterscheidet zwischen den Folgen des teilweisen oder totalen Entzugs der affektiven Bindungen und Verhaltensstörungen, die durch ein falsches Verhalten der Mutter be-

dingt sind, die sog. psychotoxischen Störungen.

Auf die Trennung des Kindes von der Mutter reagiert der Säugling mit Lethargie, Kontaktscheu bzw. ängstlichem Sichanklammern an die nächste Pflegeperson, Gewichtsverlust und später auch Absinken des Entwicklungsquotienten. Das Bild wird von SPITZ als "anaklitische Depression" bezeichnet. Es ist, wenn die Trennung nicht allzulange dauert, in relativ kurzer Zeit reversibel.

Wachsen die Kinder von Anfang an in Heimen auf oder in einer Klinik, tritt das sog. Hospitalismussyndrom auf, das schon PFAUNDLER als "kachektisierenden Pflegeschaden" beschrieb. Die Kinder sind wesentlich anfälliger gegen Infektionen, die durchschnittliche Sterblichkeit ist erhöht, die bestehende seelische und geistige Retardierung kann sich bis zu marasmusartigen Zuständen steigern.

Von dieser Affektentzugssymptomatik konnte SPITZ die psychotoxischen Störungen abtrennen. So führt z.B. primäre unverhüllte Ablehnung des Kindes durch die Mutter zu dem Koma des Neugeborenen nach RIBBLE, primäre ängstliche Besorgnis, die sich in dem Stillen nach dem "self demand" Prinzip äußern kann, kann zur Dreimonatskolik führen, Feindseligkeit in Form ängstlicher Besorgnis, bei der die Mutter sich scheut, mit dem Kind in Berührung zu kommen, kann ein Säuglingsektzem fördern.

SPITZ glaubt, daß diese frühkindlichen Verhaltensstörungen als psychische Narben bestehen bleiben und damit sozusagen einen "locus minoris resistentiae" für spätere Störungen bilden.

Eine ähnlich grundsätzliche Bedeutung mißt ERIKSON den Störungen der emotionalen Entwicklung im ersten Lebensjahr zu. In dieser Zeit muß sich das "Urvertrauen" des Kindes bilden, eine allgemeine Einstellung des Menschen zu sich und der Welt, ein wesentliches positives Element in der Persönlichkeitsstruktur. Das Urvertrauen bildet sich aus dem Vertrauen des Kindes in die stete Fürsorge der Mutter, auf die es sich verlassen kann und die es auch unbedingt nötig hat. Eine Störung dieser Entwicklung z.B. durch einen längeren Spitalaufenthalt während des 2. Lebensjahres kann

zur Bildung des "Urmistrauens" als Alternativreaktion führen.

7) Interessanterweise ließen sich bei Experimenten mit Rhesusaffenkindern ähnliche Reaktionen beobachten. HARLOW und seine Mitarbeiter zogen Affenbabys in teilweiser und totaler Isolation auf. Dabei konnten sie zeigen, daß eindeutige Beziehungen zwischen der Dauer der Isolation und der Entwicklung von Angst und Aggression bestehen. So entwickeln Affenbabys, die 12 Monate lang in totaler sozialer Isolierung aufgezogen wurden, später keine soziale Zuneigung mehr, Babys, die an Mutterattrappen großgezogen wurden, zeigten später keine mütterliche Verhaltensweisen ihren eigenen Kindern gegenüber (HARLOW und HARLOW, Übersicht bei SCHMALOHR).

Es liegt nahe, bei diesen Beobachtungen auch an die Prägungsvorgänge bei Tieren zu denken, die von der Verhaltensforschung beschrieben wurden. Die Prägung könnte in dieser Periode der Entwicklung etwa im Sinne einer Objektprägung denkbar sein (LORENZ, LEYHAUSEN u.a.).

8) Die Vorstellungen von S. FREUD über den Mechanismus der Identifikation und Introjektion erklären ebenfalls zwangslos die Möglichkeiten der Umweltbeeinflussung des Kindes. Das Verhalten der Eltern und ihre Forderungen werden durch die Identifikation mit den Eltern aufgenommen und als eigene Verhaltensnorm, als Gewissen verinnerlicht. So werden die Forderungen der Kultur vererbt, indem das Kind auf schon bestehende Verhaltensweisen fixiert wird. A. FREUD bezeichnet die früheste Kindheit als Phase der äußeren Konflikte, die durch die Umwelt bedingt sind und durch die Veränderung der Umwelt auch sofort beseitigt werden können. In der späteren Phase der Entwicklung, wenn sich das Über-Ich schon etabliert hat, sind die Konflikte verinnerlicht, sie spielen sich dann zwischen Ich und Über-Ich, sowie Es und Über-Ich ab.

III. FRAGESTELLUNG UND METHODIK

Aus dem Anamnesengut der "Psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Universitätskinderpoliklinik München" wurden 1195 Fälle entnommen. Es handelt sich dabei um verhaltensgestörte Kinder, die in den Jahren 1959 - 1967 untersucht und zum geringeren Teil auch behandelt wurden.

Die Anamnesen sind sog. biographische Anamnesen, die nach einem einheitlichen Schema (SCHMEER und KLÜWER) erhoben wurden. Die biographische Anamnese (BIERMANN, 19), die in der Regel von der Mutter des Kindes zu erfragen ist, umfaßt die psychologische und soziale Situation der Elterngeneration und versucht vor allem die Entwicklungsphasen des Kindes zu klären. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Umweltbeeinflussung des Kindes gerichtet. An dieses Schema sind alle Mitarbeiter streng gehalten, wodurch gewährleistet ist, daß die Daten einheitlich erhoben wurden.

Insgesamt wurden 19 soziale Faktoren, im Folgenden auch Merkmale genannt, mit durchschnittlich 5 Faktorenstufen oder Merkmalsausprägungen erfaßt, und in Beziehung zu 44 Verhaltensstörungen gesetzt. Dazu wurden die Daten verschlüsselt und auf IBM-Lochkarten übertragen. Die statistischen Berechnungen wurden teils an dem LEIBNIZ Rechenzentrum an der TH München vorgenommen, teils mit Hilfe einer Tischrechenmaschine von Hand durchgeführt.

Es wurden nur möglichst gut objektivierbare Faktoren erhoben, um den Einfluß der befragten Personen sowie der in diesem langen Zeitraum wechselnden Mitarbeiter weitgehend zu verringern.

Im Einzelnen wurden erfaßt: x) 1) Das Geschlecht des Kindes
2) Alter des Kindes zur Zeit der Anamnesenaufnahme. Seit Jahren besteht allerdings bei der Erziehungsberatungsstelle eine Wartezeit von fast einem Jahr von der Anmeldung bis zur Untersuchung

x) Herrn Dr. THURMAYR, Konservator an der Chirurg. Universitätsklinik München, danke ich für die statistische Beratung und die Programmierung der Berechnungen an dem Rechenzentrum.

des Kindes. Man darf annehmen, daß dadurch eine gewisse Auswahl getroffen wird, wenn einfache, passagere Verhaltensstörungen in der Zwischenzeit abgeklungen sind. So kommen etwa 10 % der nach einem Jahr einbestellten Kinder bzw. Eltern nicht mehr zur Untersuchung.

3) Stellung im Beruf des Vaters. Dabei wurde nur bei den Kindern die Berufsstellung des Vaters erfaßt, für die er tatsächlich finanziell verantwortlich war. Hatte die Mutter die finanzielle Verantwortung zu übernehmen, so wurde ihre Berufsstellung unter dem Faktor 5) erfaßt (s.u.). Die Einteilung der Berufsstellung lehnt sich an die Arbeit von SCHEUCH an. 4) Ausbildung des Vaters (soweit finanziell für das Kind verantwortlich). Die Einteilung der Ausbildungsstufen lehnt sich ebenfalls an die Arbeit von SCHEUCH an. - 5) Berufsstellung der Mutter. - 6) Ausbildung der Mutter (Erfassung unabhängig von der finanziellen Verantwortlichkeit). - 7) Soziale Schichtung. In Anlehnung an die Untersuchungen von SCHEUCH zur sozialen Schichtung in der Bundesrepublik Deutschland, bei der die Schichtung nach den drei Kriterien: Stellung im Beruf des Haupternährers, sein Einkommen und seine Schulbildung eingeteilt wurde, wird in dieser Arbeit die Unterteilung nur nach der Berufsstellung des Vaters und seiner Ausbildung vorgenommen. Denn bei einer psychologisch orientierten Befragung ist es oft unmöglich, Angaben über die Höhe des Einkommens zu erhalten. - 8) Alter der Mutter bei Geburt des Kindes - 9) Wohnverhältnisse. Unter schlechten Wohnverhältnissen sollen vor allem die Verhältnisse in Notaufnahmelagern, Baracken u.ä. verstanden werden. -

10) Die Familiensituation. Die Faktoren 10) mit 16) versuchen von mehreren Gesichtspunkten aus die Familienverhältnisse zu umschreiben. Besonders die Intaktheit der sog. Kernfamilie (PARSONS, CLAESSENS) ist ja bedeutungsvoll für das Funktionieren der sozialen Gruppe: Familie. - 11) Ehelichkeit des Kindes bei seiner Geburt. - 12) Abwesenheit des Vaters von der Familie - 13) Berufstätigkeit der Mutter. Hier sollte vor allem der Unterschied

zwischen der ganztägigen und nur stundenweisen Erwerbstätigkeit der Mutter herausgearbeitet werden. - 14) Zeitpunkt des Beginns der Berufstätigkeit. - 15) Aufenthalt des Kindes während der Abwesenheit der Mütter - 16) Position des Kindes in der Geschwisterreihe. Die Einteilung in: Erstgeborener, in der Reihe geboren und Nachkömmling ist sehr undifferenziert. Die unterschiedliche psychologische Situation der Kinder, die in der Reihe der Geschwister stehen (einziges Mädchen unter lauter Jungen, letztes Kind von zwei oder drei Geschwistern usw.) wurde besonders von DECHENE hervorgehoben. Aber es ist zumindest fraglich, wieweit dies für die Entwicklung des Kleinkindes relevant ist. Auch ist es den Eltern meist nicht klar, ob das erste Kind Einzelkind bleiben wird. -

17) Stilldauer -

18) Krankheit des Kindes - 19) Zeitpunkt dieser Erkrankung. Dabei sollte eigentlich der Krankenhausaufenthalt in der frühesten Kindheit erfaßt werden und damit die Mutter-Kind-Trennung.

Bei den Fällen handelt es sich um eindeutige Verhaltensstörungen. Ausgesondert sind alle organisch bedingte Störungen: organisch bedingte Sprech- und Hörstörungen, endokrine Erkrankungen und Schwachsinn (IQ 85 und weniger, getestet nach HAWIK). Ergaben sich aus der Anamnese oder dem Verhalten des Kindes Hinweise für eine frühkindliche hirnorganische Schädigung (Geburtstrauma), wurde die Schädigung mit psychologischen Tests (Benton, Bender, Rey, Handlungsteil des HAWIK) und durch neurologische Untersuchungen einschließlich EEG zu verifizieren versucht. Nur wenn eine solche Störung mit hinreichender Sicherheit auszuschließen war, wurden die Kinder in die Untersuchung mit einbezogen. Daher erklärt sich die relativ geringe Anzahl der Fälle, wenn man bedenkt, daß insgesamt in dieser Zeit ungefähr 2500 Kinder untersucht wurden.

Im Allgemeinen wird die Beschreibung der statistischen Methodik in die Fußnote verbannt, obwohl von ihrer eindeutigen Festlegung entscheidend die Beurteilung der Ergebnisse abhängt. Die Kritiklosigkeit in der Anwendung der statistischen Methoden ist eine der

Ursachen für die Zwiespältigkeit ihrer Aussagen. In der vorliegenden Untersuchung soll exakt nach statistischer Methodik verfahren werden, auch um zu erkennen, inwieweit sie erlaubt, Beziehungen statistisch zu sichern und damit Hinweise zu geben für die Einflußmöglichkeiten soziologischer Faktoren auf medizinische Daten. Es werden folgende Fragestellungen geprüft:

1) Besteht eine Abhängigkeit zwischen einem soziologischen Merkmal, in seinen Merkmalsausprägungen insgesamt, und der Symptomatik verhaltensgestörter Kinder?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden sog. Kontingenztafeln aufgestellt, in denen die jeweilige Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen eines Merkmals im Bezug auf die Symptome ausgezählt ist.

Die Abhängigkeit wird mit der Chi-Quadrat-Testmethode geprüft. Dazu wird der Chi-Quadrat-Wert der gesamten Kontingenztafel nach der Formel:

$$\frac{(\text{Erwartungswert} - \text{Istwert})^2}{\text{Erwartungswert}} \quad \text{summiert über alle Zellen, berechnet.}$$

Die statistische Signifikanz wird aus der Tabelle der Signifikanzschranken der Chi-Quadrat-Verteilung abgelesen (Documenta Geigy).

2) Kommt bei einem bestimmten Symptom (im Vergleich zu den anderen Symptomen zusammengenommen) eine bestimmte Ausprägung eines Merkmals häufiger vor (im Vergleich zu den anderen Ausprägungen dieses Merkmals zusammengenommen)?

Diese Frage entspricht der Prüfung einer einzelnen Abhängigkeit in der gesamten Kontingenztafel. Die Fragestellung zieht bewußt das gesamte Untersuchungsgut mit ein, denn die Feststellung eines signifikanten Unterschiedes nur zwischen zwei Merkmalsausprägung - Symptom Beziehungen, würde die Aussage auf dieses kleine Kollektiv innerhalb des gesamten Kollektivs beschränken.

Zur Beantwortung dieser Fragen werden sog. Vierfeldertafeln erstellt.

Der Chi-Quadratwert wird nach der gleichen Formel berechnet und seine statistische Signifikanz geprüft.

Außerdem wurden, um Hinweise für Interkorrelationen zwischen zwei Merkmalsausprägungen zu erhalten, Kontingenztafeln zur Prüfung der Abhängigkeit zweier Merkmale erstellt, aus denen nach Fragestellung 2. Überzufällige Häufigkeitsverteilungen mit dem Chi-Quadrat-Test verdeutlicht werden konnten. Bei der Besprechung der Ergebnisse der Arbeit wurden diese Interkorrelationen herangezogen.

Folgende Überlegungen müssen bei unabhängigen Vergleichen mit der Chi-Quadrat-Testmethode zur Feststellung überzufälliger Einflüsse von Variablen aufeinander beachtet werden (siehe JESDINSKY):

a) Alle Fragen müssen vor der Untersuchung formuliert und auf ihre Unabhängigkeit geprüft sein. Dieser Forderung genügen in dieser Arbeit die Fragen, welche durch die gesamten Kontingenztafeln beantwortet werden. Die Anzahl der Fragen muß sich dabei auf ein vernünftiges Maß beschränken. - Bei einer Tafel mit 100 Freiheitsgraden sind insgesamt 100 unabhängige Fragen möglich. Nimmt man für jeden Einzeltest das Signifikanzniveau von 5 % als Bedingung für die Ablehnung der Nullhypothesen, dann sind bei 100 auf dem 5 % Niveau bejahten Fragen im Durchschnitt 5 zu Unrecht bejaht. -

Werden die Fragen nachträglich den bereits erstellten Kontingenztafeln entnommen, so kann die Anwendung der Chi-Quadrat-Tests keine statistisch signifikanten Unterschiede mehr sichern.

Allerdings kann man nach den Überlegungen von SCHEFFE und GOODMAN (zit. nach JESDINSKY) den Chi-Quadratwert, der zur Prüfung nachträglicher Fragestellungen errechnet wird, mit den Freiheitsgraden der gesamten Kontingenztafel, d.h. der gesamten Erhebung betrachten. In diesem Fall können beliebig viele und beliebig zu-

sammengefaßte Fragen gestellt werden, die auch nicht unabhängig voneinander zu sein brauchen. Bei einer strengen Anwendung dieser Forderungen, lassen sich in der Praxis kaum Fragestellungen finden, deren statistische Signifikanz so hohe Werte annimmt, daß sie den Ansprüchen genügen.

b) In den Kontingenztafeln darf eine Person nur einmal auftauchen. Werden mehrere Symptome eines Patienten festgehalten und gehen damit in die vergleichende Untersuchung mit ein, sind unwägbar Interkorrelationen in den Berechnungen enthalten, die durch statistisch-mathematische Methoden bisher nicht zu sichern sind.

Diese Einschränkung wird meist mit der Formulierung umgangen, daß nicht die Häufigkeitsverteilung der Patienten betrachtet werde, sondern nur "Fälle". Bei der Suche nach Hinweisen für die Bildung neuer Hypothesen wird auch in dieser Arbeit so verfahren, um durch Zusammenzählen der 1. Symptome und der 2. Symptome das Untersuchungsgut auf 1678 Fälle vergrößern zu können. Damit erhöht sich die Besetzungszahl in den einzelnen Feldern.

c) Sie darf in den Erwartungswerten nicht unter 5 absinken oder bei einem Umfang des Untersuchungsgutes über 40 und einer Anzahl der Freiheitsgrade von mindestens 8 kann der Erwartungswert bis auf 1 absinken (Documenta Geigy).

Da die Kontingenztafeln durch die Vielzahl der Symptome sehr zersplittert wurden, mußten sie zusammengefaßt werden.

Der Genauigkeit der mathematisch statistischen Methoden mußte also viel Information geopfert werden. Und wo die Information erhalten blieb, mußte die Genauigkeit der Aussage leiden. Es besteht demnach eine Diskrepanz zwischen der Anwendbarkeit und der Sicherheit statistischer Methodik.

IV. KRITISCHE ANMERKUNGEN ZUR ARBEIT UND METHODE

1) Zum Begriff der Verhaltensstörung

Unter Verhaltensstörungen werden seelische Fehlhaltungen und psychosomatische Erkrankungen verstanden.

In der naturwissenschaftlich orientierten Medizin hat sich noch nicht die Anschauung durchsetzen können, daß auch organische Erkrankungen durch psychische Konflikte in ihrer Entstehung und Unterhaltung wesentlich beeinflußt werden können. S. FREUD hat als Erster eine Verwandlung seelischer Inhalte in körperliche Symptome für möglich gehalten. Seitdem konnte in zahlreichen Untersuchungen dieses Postulat im Großen und Ganzen bestätigt werden. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich bei DUNBAR, die ebenso wie ALEXANDER versucht hat, die Erkenntnisse in einem einheitlichen theoretischen Gedankengebäude einzuordnen. In Deutschland waren es vor allem V. v. WEIZSÄCKER sowie MITSCHERLICH, JORES und Th. v. UEXKÜLL, die psychosomatische Überlegungen in der klinischen Arbeit zu verwerten suchten.

Die gemeinsame Grundlage der verschiedenen Anschauungen über die Möglichkeit der psychosomatischen Wechselwirkungen im menschlichen Organismus ist der Gedanke der psycho-physischen Einheit der Erlebnisse und Handlungen des Menschen. D.h. es wird angenommen, daß jede seelische Erregung, jede Triebregung entsprechende Aktionen im organischen Bereich bedingt. Diese Verknüpfung wird auch für die unbewußten seelischen Konfliktsituationen angenommen.

Es ist natürlich schwierig, diese Hypothesen zu beweisen. Wir müssen aber mit diesen Überlegungen arbeiten, solange nicht die Neurophysiologie und Anatomie die Bahnen und Regelkreise aller Gehirntätigkeiten erkennbar und einflußbar gemacht hat. Ob es nicht utopisch ist, solches zu erwarten, kann hier unerörtert bleiben.

2) Zur Datenerfassung

a) Es werden nur Umweltfaktoren erfaßt, die in der frühesten Kindheit auf das Kind einwirkten (Etwa bis zum 15. Lebensmonat). Ursprünglich sollten die Verhältnisse mit der Situation zur Zeit der Anamnesenaufnahme verglichen werden. Bei der Durchsicht der Anamnesen wurde klar, daß ein solcher Vergleich keine wesentlich größere Aussagekraft besäße.

Ergiebiger wäre eine stichpunktartige Erfassung der Faktoren etwa um das dritte und das sechste Lebensjahr, die Untersuchung wäre damit zu einer longitudinalen erweitert. Der Einfluß der Faktoren auf die einzelnen Entwicklungsphasen des Kindes könnte damit verdeutlicht werden.

Es kann also in dieser Untersuchung der spezifische Einfluß der einzelnen Faktoren auf die früheste Kindheit nicht eindeutig gesichert werden.

b) In den meisten Fällen ist die Mutter der elterliche Vertreter bei der Erhebung der Anamnese. Schwierigkeiten und falsches Verhalten der Mutter in diesem Lebensabschnitt des Kindes, der eine besondere psychische Belastung der Mutter darstellt, werden sicher oft verdrängt oder verharmlost werden. Besonders das Problem des Stillens sowie der beruflichen Tätigkeit der Mutter muß unter diesem Aspekt betrachtet werden.

c) Das in dieser Arbeit verwendete Symptomenschema hält sich vornehmlich an die äußere Symptomatik und nicht an die zugrundeliegende Charakterstruktur. Im Wandel der kindlichen Entwicklung ist diese noch nicht klar zu erfassen. Es gibt heute noch kein von der Kinderpsychiatrie wie von der Kinderpsychotherapie allgemein anerkanntes Diagnosenschema, womit die Problematik zur Genüge aufgezeigt ist. Die Symptome sind zum großen Teil als Etikette tieferliegender psychischer Störungen zu begreifen. Sie dienen einer Verständigung mit der Klinik, sowie den anderen Erziehungsberatungsstellen, mit denen die Beratungsstelle zusammenarbeitet.

- Im Allgemeinen werden in den Erziehungsberatungsstellen in West-

Deutschland die Kinderberatungen und Behandlungen auf der Grundlage der Kinderpsychotherapie von A. FREUD und ZULLIGER durchgeführt. -

Für das Verstehen des Charakterkonfliktes ist die Symptomatik meist nicht wesentlich, sie gibt nur aus Erfahrung bedingte Hinweise für die Art des Konfliktes. Sie wird im Wesentlichen bestimmt durch:

- 1) Die Veranlagung (Dabei spielen evtl. bestehende Minderwertigkeiten von Organen (ADLER) bzw. das "Entgegenkommen der Organe" (S. FREUD), zu denen auch Dysfunktionen zu rechnen sind, eine Rolle.)
- 2) Die Umwelt (Kultur und Erziehung)
- 3) Bei Kindern auch die Phase der Entwicklung.

Der erste der drei Punkte entzieht sich bisher weitgehend einer eindeutigen Erfassbarkeit. Für den zweiten soll diese Arbeit einige Hinweise geben. Im Hinblick auf den dritten Punkt hat A. FREUD ein "metapsychologisches Entwicklungsbild" entworfen, in das die Verhaltensstörung eingeordnet werden muß, um ihre pathologische Bedeutung zu erkennen.

Die Diagnose: Verhaltensstörung mit ihrer jeweiligen Symptomatik wurde im Patientengut der Psychosomatischen Beratungsstelle erst nach der Erhebung der biographischen Anamnese, sowie der psychodiagnostischen Untersuchung des Kindes mit projektiven und Leistungstests im Team der Mitarbeiter von dem Leiter der Beratungsstelle festgelegt. Da die Leitung der Beratungsstelle seit 10 Jahren in den Händen einer Person liegt, ist eine Einheitlichkeit der Diagnosenstellung unter der Beachtung des tiefenpsychologischen Konzeptes (im Sinne von S. und A. FREUD) gewährleistet.

3) Zur Methodik

Die Untersuchung fußt auf der epidemiologischen Methode (Siehe PFLANZ, 147). Die Epidemiologie setzt sich zum Ziel, das Vorkommen von Krankheiten in bestimmten Gruppen zu untersuchen und mit den Charakteristika dieser Gruppe in Beziehung zu setzen. Die

Aussagen einer so angelegten Untersuchung können immer nur für das untersuchte Kollektiv, d.h. in diesem Fall das Patientengut, gültig sein. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist grundsätzlich nicht möglich. Erst eine Vielfalt von gleich angelegten Arbeiten an anderen Orten, an einer anderen Bevölkerung also, ermöglicht eine Verallgemeinerung der Ergebnisse.

Um die Pathogenität der einzelnen Faktoren zu prüfen, wäre ein Vergleich mit gesunden oder organisch erkrankten Kindern nötig gewesen. Da sich diese Untersuchung retrograd über 9 Jahre erstreckt, erscheint eine Auswahl einer entsprechenden Vergleichsgruppe praktisch unmöglich. Zumal schon unter günstigeren Bedingungen ausgesuchte Vergleichsgruppierungen durch unwägbare Einflüsse die Ergebnisse verfälschen können.

Aus psychologischen Erwägungen ist es unmöglich, bei Eltern gesunder Kinder eine biographische Anamnese zu erheben.

Die Vorteile der hier angewandten Methodik sind kurz gesagt folgende:

- a) Durch die Beschränkung auf die Untersuchung einer klar umrissenen Gruppe, kann man sich nicht durch Scheinunterschiede zu einer Vergleichsgruppe täuschen lassen.
- b) Die Gleichartigkeit der Anamnesenerhebung und der diagnostischen Methode, wie sie durch die Beschränkung auf ein so einheitliches Patientengut gewährleistet ist, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherheit der Ergebnisse.
- c) Auch seltenere Krankheitsbilder finden sich in statistisch relevanter Anzahl. Eine Untersuchung der Durchschnittsbevölkerung etwa in Repräsentativerhebungen oder Reihenuntersuchungen müßte eine sehr große Zahl von Menschen erfassen, um eine statistisch bearbeitbare Häufigkeit der einzelnen Krankheitsbilder zu erreichen.

Um den spezifischen Grad der Einflußnahme einzelner Faktoren auf die Symptomatik erkennen zu können, wären als statistische Methoden die Faktorenanalyse und die Aufstellung mehrdimensionaler

Kontingenztafeln möglich gewesen. Aber die Wahl der anzuwendenden statistischen Methoden sollte sich nicht nur nach der Vielzahl ihrer Aussagemöglichkeiten erfolgen, sondern nach der Zuverlässigkeit des Untersuchungsmaterials und nach der Fragestellung. Bei der statistischen Berechnung ist das einfachste Verfahren zu bevorzugen, das noch eine adäquate Bearbeitung erlaubt (PFLANZ, 147).

V. DAS UNTERSUCHUNGSGUT

Die Auszählung der erhobenen Merkmale in ihren Ausprägungen erlaubt einige Aufschlüsse über die Repräsentanz des Untersuchungsgutes im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung der BRD und gibt Vergleichsmöglichkeiten zu den Untersuchungen aus anderen Erziehungsberatungsstellen. Auf eine statistische Sicherung der Unterschiede wird verzichtet.

1) Geschlecht der verhaltensgestörten Kinder. Hier zeigt sich das in allen Erziehungsberatungsstellen beobachtete Überwiegen der Knaben gegenüber den Mädchen (64,4 % gegenüber 35,6 %).

(BLECKMANN und HEVELING, ERDMANN, MERGUET, OCKEL u.a.)

2) Das Alter der Kinder. Es beträgt im Durchschnitt 10,0 Jahre. Die Verteilung auf die Altersstufen kann dem Schaubild entnommen werden (Abb. 1).

3) Die Stellung im Beruf des Vaters (Tab. 1). Bei dem Vergleich mit der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland muß beachtet werden, daß sich die Erhebung auf die Verhältnisse in der frühesten Kindheit bezieht; das entspricht bei einem Zeitraum der Erhebung von 1959 - 1967 und bei einem Durchschnittsalter der Kinder von 10 Jahren den Jahren 1949 - 57. (Siehe Abb. 2)

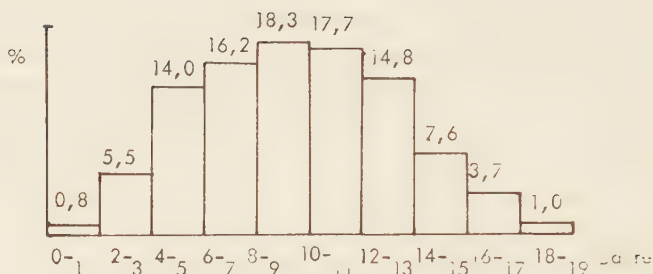


Abb. 1. Prozentuale Häufigkeit der Kinder bei den einzelnen Altersstufen, jeweils zwei Jahre zusammengekommen. x)

Tab. 1 Stellung im Beruf des Vaters. Verteilung in Prozentzahlen.

Arbeiter:	angelernte Arb., Hilfsarbeiter	5,5 %
	Facharbeiter, Handwerker (= qualifizierter A.)	18,7 %
	qualifizierte Facharbeiter, Meister	2,8 %
Angestellte:	einfache Ang. (kaufmännisch, technisch u.a.)	15,6 %
	qualifizierte (Assistenten, Assessoren u.a.)	12,6 %
	leitende (Geschäftsführer in größeren Untern.)	0,3 %
Beamte:	einfache (Post- oder Bahnbeamte, Soldaten u.a.)	3,8 %
	mittlere (Lehrer, Offiziere, Regierungsräte)	7,9 %
	leitende (Professoren, Amtsleiter u.a.)	1,1 %
Selbständige:	einfache (Vertreter, Geschäftsinhaber)	9,0 %
	mittlere (Großhändler, Geschäftsinhaber)	5,1 %
	Unternehmer	0,4 %

x) Da bei der Berechnung der Prozentzahlen immer abgerundet wurde, erreicht die Summe der Zahlen 100 % nicht.

Landwirte: kleine	0,8 %
mittlere	0,1 %
Freie akademische Berufe, Künstler	3,8 %
Keine Angabe (z.B. bei unehelichen Kindern)	12,1 %

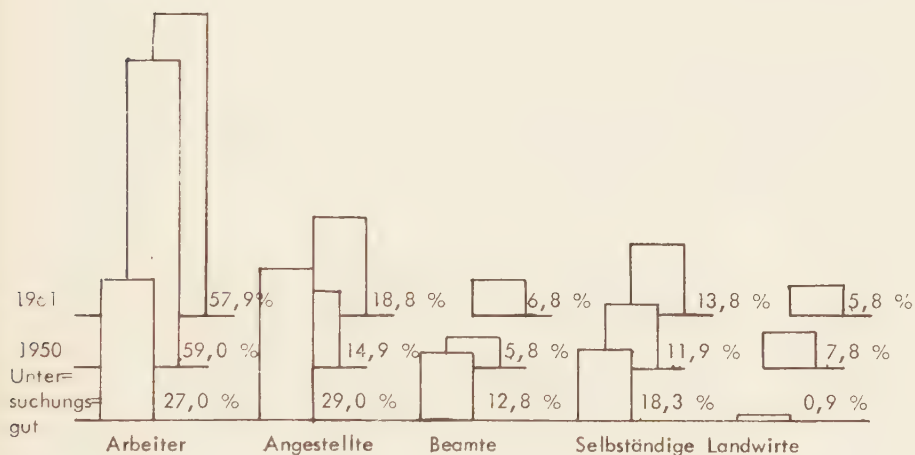


Abb. 2. Die Stellung im Beruf des Vaters. Vergleich zwischen der prozentualen Verteilung im Untersuchungsgut mit der prozentualen Häufigkeit der Berufsstellung männlicher Erwerbspersonen - ohne mithelfende Familienangehörige - in der Bevölkerung der BRD 1950 und 1961.
(Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepubl. Deutschland 1952 und 1963.)

4) Ausbildung des Vaters (Abb. 3)

6) Ausbildung der Mutter (Abb. 3)

Ein Vergleich des Ausbildungsgrades der Mutter mit dem der Väter läßt einen eklatanten Unterschied deutlich werden, der als Aus-

druck der patriarchalischen Verhältnisse in unserer Kultur gewertet werden kann.

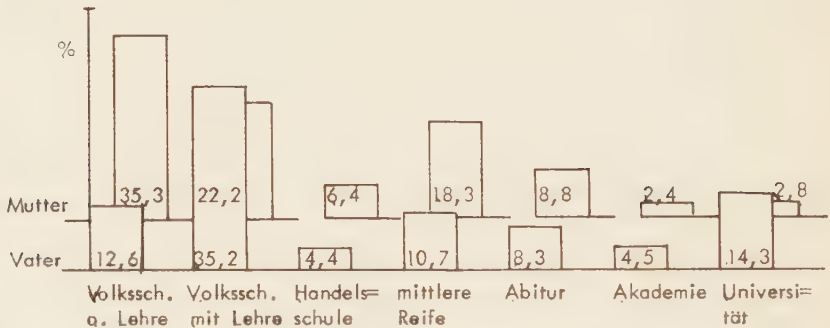


Abb. 3. Die Ausbildung des Vaters im Vergleich zu der Ausbildung der Mutter in prozentualer Häufigkeit.

5) Berufsstellung der Mutter. Bei der geringen Anzahl der finanziell für das Kind verantwortlichen Mütter (113) wird auf eine genaue Einteilung verzichtet. Insgesamt fanden sich 35,9 % Arbeiterinnen, 56,4 % Angestellte, 1,7 % Beamte und 2,4 % freie akademische Berufe.

7) Die soziale Schichtung (Tab. 2). Vergleicht man mit den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung 1961, die SCHEUCH u.a. in der BRD durchführten und bei der die Einteilung der sozialen Schicht in einer ähnlichen Art vorgenommen wurde, bestätigt sich der schon aus den bisherigen Tabellen vermutbare geringe Anteil der sozialen Unterschicht (Abb. 4).

Finanzielle Belastungen können dafür nicht verantwortlich gemacht werden, weil seit Jahren die Untersuchung verhaltensgestörter Kinder auf Krankenschein erfolgen kann. Nur ein geringer Teil der Kinder wurde an der Beratungsstelle selbst oder bei anderen Psychotherapeuten analytisch behandelt. Oft schloß sich der Untersu-

chung nur ein Beratungsgespräch der Eltern an. Das Hauptaugenmerk liegt in dieser Beratungsstelle auf der analytischen Gruppentherapie der Eltern und der Gruppentherapie der Kinder; beide Therapieformen erfordern nur einen geringen finanziellen Aufwand. Wahrscheinlich spielt die psychische Einstellung der Eltern aus der sozialen Unterschicht eine große Rolle, die der Erziehung der Kinder keine große Bedeutung beimessen, viele Verhaltensstörungen überhaupt nicht als solche erkennen und den Weg in eine psychosomatische Beratungsstelle scheuen.

Tab. 2 Die Häufigkeit der sozialen Schichten im Untersuchungsgut

Untere Unterschicht (Arbeiter mit der Ausbildung Volksschule ohne Lehre)	7,6 %
Obere Unterschicht (alle übrigen Arbeiter)	23,4 %
Untere Mittelschicht (Angestellte, Beamte, Selbstständige und Landwirte mit der Ausbildung Volksschule mit und ohne Lehre sowie Handelsschule)	24,9 %
Mittlere Mittelschicht (Angestellte, Beamte, Selbstständige und Landwirte mit der Ausbildung mittlere Reife und Abitur)	22,2 %
Obere Mittelschicht und Oberschicht (alle mit der Ausbildung Akademie und Universität)	21,7 %

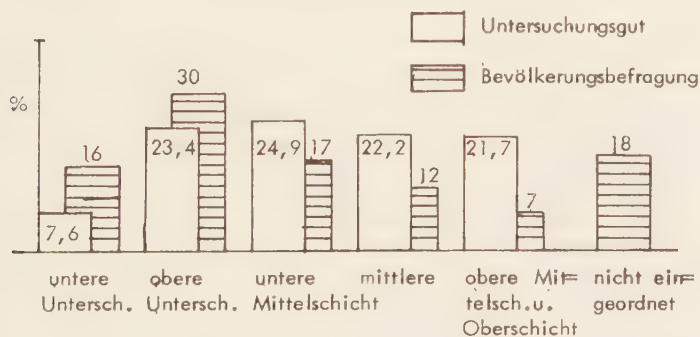


Abb. 4. Die Häufigkeit der sozialen Schicht in der Untersuchung im Vergleich zu der Verteilung der sozialen Schicht in der Bevölkerungsbefragung von 1961 (SCHEUCH u.a.).

8) Alter der Mutter bei Geburt des Kindes (s. Abb. 5).

Daß in dem Untersuchungsgut weniger junge Mütter zu finden sind, dagegen mehr 29- bis 34-jährige, läßt sich wohl durch den durchschnittlich höheren Bildungsgrad der Mütter gegenüber der Gesamtbevölkerung erklären. Je besser die Ausbildung, umso später besteht die finanzielle Möglichkeit, ein Kind zu unterhalten. Bei der Berechnung der Interkorrelationen der einzelnen Merkmale in dieser Erhebung konnte eine Beziehung zwischen der Ausbildung der Mutter und dem Alter der Mutter bei Geburt des Kindes in diesem Sinne bestätigt werden.

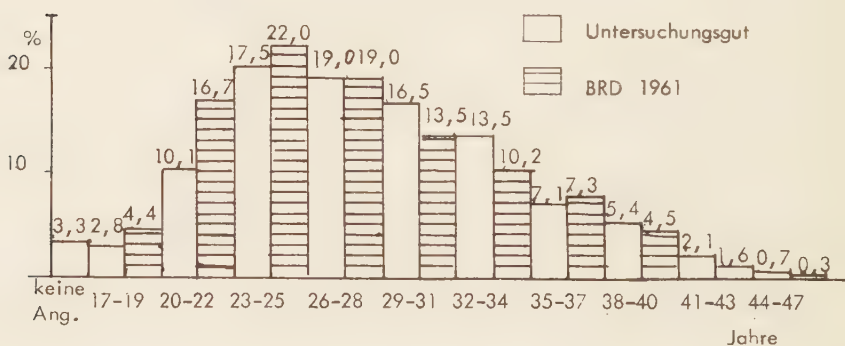


Abb. 5. Alter der Mutter bei Geburt des Kindes, Vergleich zwischen der Verteilung der Altersstufen, jeweils drei Jahre zusammengefaßt, im Untersuchungsgut mit der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach der Volkszählung von 1961. (Statistisches Jahrb. für die BRD, 1963)

9) Trotz der sehr engen Fassung des Begriffes schlechte Wohnverhältnisse fand sich ein relativ hoher Prozentsatz (17,2 %). Darin drückt sich wohl die Wohnungsnot der Nachkriegszeit aus, immerhin sind etwa 27 % der Kinder 12 und mehr Jahre alt.

10) Die Auszählung der Merkmalsausprägungen der Familiensituation ergab eine überraschend hohe Anzahl an vollständigen Familien (s. Tab. 3). Noch bei der letzten Erhebung in der gleichen Erziehungsberatungsstelle von 1955-1961 (BIERMANN, 22) fanden sich nur 61 % vollständige Familien. Der Anteil der Kinder aus vollständigen Familien schwankt z.B. in der Erziehungsberatungsstelle Bielefeld von 1958-1964 zwischen 69 und 77 % (MERGUET). Ähnliche Verhältnisse finden sich in den Berichten der anderen Erziehungsberatungsstellen (MATZUTT, OCKEL u.a.). Man darf annehmen, daß die unterschiedlichen Lebensphasen der Kinder, in denen die Daten erhoben wurden, die Diskrepanz verursachen, denn die Angaben der anderen Erziehungsberatungsstellen beziehen sich nur auf die Situation, in der die Kinder zur Zeit der Anamnesenaufnahme lebten.

Tab. 3. Die Familiensituation

Leibl. Vater mit leibl. Mutter verheiratet	83,8 %
Leibl. Mutter mit Stiefvater verheiratet	0,5 %
Stiefmutter mit leibl. Vater verheiratet	0,2 %
Mutter alleinstehend (auch wenn sie bei ihren Eltern lebt)	11,1 %
Vater allein mit dem Kind lebend	0,2 %
Kind bei Verwandten aufwachsend	0,2 %
Kind in einer Adoptivfamilie aufwachsend	0,7 %
Kind im Heim aufwachsend	2,9 %
Kind in verschiedenen Heimen aufwachsend	0,3 %
Keine Angabe	0,3 %

Es wachsen 3,2 % der Kinder in ihrer frühesten Kindheit in Heimen auf, wobei die Eltern nur als Besucher erscheinen. Dieser Prozentsatz liegt etwas über den Beobachtungen der anderen Autoren.

11) 16,4 % der Kinder wurden unehelich geboren, diese Zahl ist ebenfalls höher als in den anderen Erziehungsberatungsstellen (OCKEL: 7 %, MATZUTT: 6 % und MERGUET zwischen 7 % und 10 %). Es ist anzunehmen, daß ein Teil der Ehen noch im Laufe der frühesten Kindheit geschlossen werden, zur Zeit der Anamnesenaufnahme würden diese Kinder dann als eheliche gelten.

12) Die Abwesenheit (Tab. 4) des Vaters beeinflußt wesentlich, wie später gezeigt wird, die Symptomatik verhaltensgestörter Kinder.

Tab. 4. Abwesenheit des Vaters von der Familie

Vater nicht abwesend	79,2 %
Vater über die Woche abwesend	4,5 %
Mehr als 6 Mon. abwesend aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen oder im Krieg	4,1 %
Mehr als 6 Mon. abwesend, da geschieden oder nicht geheiratet	10,0 %
Mehr als 6. Mon. lang tot	0,8 %
Keine Angabe	1,3 %

13) Berufstätigkeit der Mutter (Tab. 5)

14) Zeitpunkt der Berufstätigkeit der Mutter (Tab. 6)

In den Auszählungen anderer Erziehungsberatungsstellen fanden sich folgende Prozentsätze berufstätiger Mütter: 10 % bei MATZUTT, 15 und 22 % bei MERGUET. HARNAACK sah 1953 bei Schulanfängern 23,1 % der Mütter berufstätig. SPECK berichtet von einer Zählung der beruflich tätigen Mütter bei Kindern an den Münchner Volksschule 1953, dabei ergaben sich 31,3 %. Er selber stellte bei einer genaueren Untersuchung einen Prozentsatz von 52 % berufstätiger Mütter fest. Die insgesamt 41 % sicher berufstätigen Mütter sind daher als relativ hohe Quote anzusehen, so daß eine pathogene Wirkung anzunehmen ist. Da etwa 58 % der Kinder Erstgeborene sind, darf man davon ausgehen, daß ein großer Teil der Ehen noch sehr jung ist und im Hinblick auf einen Existenzaufbau ein doppelter Verdienst sehr willkommen ist.

Tab. 5. Berufstätigkeit der Mutter

Nicht berufstätig	48,2 %
Halbtags berufstätig	2,6 %
Ganztags berufstätig	22,4 %
Im eigenen Geschäft oder der Landwirtschaft berufstätig	8,6 %
Berufstätig ohne nähere Angabe	17,4 %
Keine Angabe	10,8 %

Tab. 6. Zeitraum der Berufstätigkeit

Spätestens ab dem 2. Monat berufstätig	25,0 %
Mehr als 6 Monate insgesamt berufstätig	3,7 %
Weniger als 6 Monate insgesamt berufstätig	4,3 %

15) Aufenthaltsort der Kinder bei Abwesenheit der Mutter.

Wie aus Tab. 7 zu entnehmen ist, sind ebenso viele Kinder in gleichbleibender häuslicher Obhut wie es vollständige Familien gibt. Da aber sicher viele Kinder alleinstehender Mütter in ständiger Obhut etwa der Großmutter ebenfalls zu Hause aufwachsen, handelt es sich hier nur um eine Scheinidentität, d.h. ein Teil der Kinder aus den sog. vollständigen Familien wächst sicher außerhalb der Familie auf. Darüberhinaus sind mindestens 22,4 % der Mütter ganztätig berufstätig, so daß mindestens 6 % der Kinder aus vollständigen Familien von ihrer leibl. Mutter minderversorgt werden. Aus diesen Überlegungen ist zu ersehen, daß durch Überschneidung der Milieufaktoren doch weniger als etwa 83 % der Kinder unter ungestörten Verhältnissen aufwachsen mußten.

Tab. 7 Aufenthalt des Kindes bei der Abwesenheit von der Mutter

Täglich zu Hause unter gleichen Verhältnissen aufwachsend (von der Mutter, der Großmutter oder einem Kindermädchen versorgt)	83,8 %
Täglich im Kinderhort	2,2 %
Über die Woche bei Verwandten aufwachsend	0,8 %
Über die Woche in einer Pflegestelle	0,8 %
Länger als 2 Mon. bei Verwandten oder Bekannten aufw.	1,6 %
Länger als 2 Mon. in einer Pflegestelle	6,0 %
Keine Angabe	4,5 %

Sah man in der Tab. 3 nur 3,2 % der Kinder in Heimen aufwachsen, so erkennt man in Tab. 7, daß mindestens 6,0 % der Kinder länger als 2 Monate in einer Pflegestelle versorgt wurden, wobei die Eltern höchstens als Besucher in das Gesichtsfeld der Kinder traten. Die absoluten Häufigkeiten sollen das noch verdeutlichen. 38 Kinder sind als ausgesprochene Heimkinder anzusprechen, d.h. sie waren mindestens 6 Monate in einem Säuglingsheim untergebracht, 76 Kinder waren dann insgesamt mehr als 2 Monate in einer Pflegestelle versorgt worden und 19 Kinder (1,6 %) befanden sich über 2 Monate in der Obhut von Verwandten, außerhalb des Hauses.

16) Position des Kindes in der Geschwisterreihe (Tab. 8).

Erstes Kind	58,5 %
In der Reihe der Geschwister geboren	33,1 %
Nachkömmling (mindestens 6 Jahre nach der Geburt des letzten Kindes der Mutter geboren)	7,8 %

17) Tab. 9. Stillsituation

Nicht gestillt	25,4 %
Höchstens 4 Wochen gestillt	20,5 %
Mindestens einen Monat und höchstens vier Monate gestillt	30,3 %
Mindestens vier Monate und höchstens acht Monate gestillt	11,4 %
Länger als acht Monate gestillt	4,6 %
Keine Angabe	7,9 %

In einer Dissertation erfaßte HEUBNER die Dauer der Stilltätigkeit der Mütter von Kindern, die im Krankenhaus Schwabing in München lagen. Dabei fand sich eine stete Zunahme der Anzahl der Mütter, die ihr Kind nicht gestillt hatten: Von den Jahren 1938/39 (8,6 %) über 1951/52 (11,6 %) zu 1956/57 (18,0 %). Das ist im Vergleich zu unserem Untersuchungsgut eine deutlich geringere Anzahl nicht stillender Mütter. Daraus ätiologische Schlußfolgerungen zu ziehen, wäre zunächst verfehlt, denn Alter der Mutter und soziale Schicht haben entscheidenden Anteil an der Stillsituation. Jedenfalls ergaben sich bei der Berechnung der Interkorrelationen in diesem Untersuchungsgut Hinweise für Beziehungen zwischen der Berufsstellung des Vaters und der Ausbildung der Mutter zu der Stilldauer. Es zeigten sich Tendenzen dafür, daß die Kinder von Arbeitern häufiger gestillt wurden und Kinder von einfachen Angestellten, Beamten und Selbständigen häufiger nicht gestillt worden waren; entsprechend fanden sich auch Hinweise für eine Häufung von normal gestillten Kindern bei Müttern, deren Ausbildung nur Volksschule ohne Lehre betrug.

18) Tab. 10. Erkrankung des Kindes im ersten Lebensjahr

Nicht krank	75,8 %
Zu Hause kürzer als 2 Monate erkrankt	2,1 %
Zu Hause länger als 2 Monate erkrankt	5,4 %
Im Krankenhaus kürzer als 2 Monate erkrankt	6,7 %
Im Krankenhaus länger als 2 Monate erkrankt	4,3 %
Keine Angabe	5,8 %

19) Zeitpunkt, an dem die Erkrankung auftrat.

Unter den im Anschluß an die Geburt erkrankten Kindern findet sich sicher ein gewisser Prozentsatz durch ein Geburtstrauma geschädigter Kinder. Sofort im Anschluß an die Geburt erkrankten 6,4 % und im Laufe des ersten Lebensjahres 12,1 % der Kinder.

Tab. 11. Die Häufigkeit der 1. Symptome und 2. Symptome

I Psychosomatische Erkrankungen	1. Symptom	2. Symptom
Enuresis	168	16
Enkopresis	30	13
vegetative Dystonie	18	9
Anorexia nervosa	2	-
Magersucht	4	-
Fettsucht	42	8
Erbrechen	22	6
Nabelkoliken	29	7
Ulcus (ventriculi oder duodeni)	6	1
Colitis	9	-
Obstipation	11	3
Asthma	59	4
nervöses Atmungssyndrom	9	2
Herzneurose	10	1
Kopfschmerzen	22	4
Ekzem	7	4
psychogene Sehstörung	4	-
sonstige Körpersymptome	21	8
Nervosität	11	21
Tic	28	5
Jactatio (capitis oder corporis)	8	-
psychogene Sprechhemmung	94	9
Schlafstörung	11	3
psychogene Krampfanfälle	3	3

1. Symptom 2. Symptom

II Seelische Fehlhaltungen

Schulschwierigkeiten	54	31
Erziehungsschwierigkeiten	26	14
Ängste	122	94
Affektstörungen	62	29
Kontaktstörungen, Hemmungen	38	53
Mutismus	5	-
depressive Verstimmung	14	19
Zwangssymptome	11	16
Syndrom der Bindungslosigkeit	76	24
Nägelbeißen	10	9
Haarausreißen	1	-
Fingerlutschen	2	2
Onanie	21	3
sexuelle Fehlhaltung	9	3
sexuelles Trauma	6	7
psychogener Entwicklungsrückstand	18	12
Identitätskrise	80	42
Suizidversuch	3	1
Autismus	9	6
Zusammen:	1195	483

V. ERGEBNISSE

A. PRÜFUNG DER GESAMTABHÄNGIGKEIT DER SYMPTOMATIK VON DEN
FAKTOREN

Die Prüfung der Beziehung zwischen einem soziologischen Merkmal und der Art der Verhaltensstörung insgesamt entspricht jeweils einer vor der Untersuchung festgelegten Fragestellung. Hierzu mußten die von der Rechenmaschine erstellten Kontingenztafeln zusammengefaßt werden, um die Besetzungszahl in den einzelnen Feldern zu erhöhen.

Zunächst wurden die Merkmalsausprägungen zu höchstens drei zusammengekommen, dann wurden die Verhaltensstörungen unterteilt in Psychosomatische Erkrankungen und Seelische Fehlhaltungen, wobei

in der letzteren Einteilung in wenigen Fällen zusätzlich auch eine geringe Zusammenfassung der Merkmalsausprägungen erfolgen mußte.

Eine Abhängigkeit wurde als statistisch gesichert angesehen, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens 5 % betrug.

Da das Geschlecht der Kinder und ihr Alter nicht als soziale Faktoren oder Milieufaktoren zu bezeichnen sind, sollen sie vorweggenommen werden.

1) Das Verhältnis der Jungen zu den Mädchen war mit 64 % zu 35 % deutlich zu Gunsten der Jungen verschoben. Die gleiche Beobachtung findet sich in den Berichten aus den anderen Erziehungsberatungsstellen (BLECKMANN und HEVELING, ERDMANN, MATZUTT, MERGUET, OCKEL u.a.).

Darin drückt sich die Bereitschaft der Jungen aus, sich eher aggressiv den Erziehungsforderungen zu widersetzen, als die Mädchen, die sich leichter regressiv ohne auffällige Symptomatik anpassen können. Die größeren Anforderungen unserer patriarchalischen Gesellschaft an die Jungen, führt andererseits bei ihnen eher zu Versagenssituationen oder zu erhöhtem Widerstand.

Wie aus dem Schaubild zu entnehmen ist (Abb. 6) fand sich in einzelnen Symptomen eine Bevorzugung der Mädchen: Zwangssymptome, Onanie, Fettsucht, Obstipation und Schlafstörungen. Vielleicht hätte eine getrennte Betrachtung des gesamten Untersuchungsgutes nach Jungen und Mädchen interessante Einblicke in die unterschiedliche Entstehungsweise der Symptomatik vermitteln können.

2) Das Durchschnittsalter der Kinder beträgt 10 Jahre. Das entspricht ungefähr den Beobachtungen anderer Erziehungsberatungsstellen.

Das Problem der phasenbedingten Verhaltensweisen von Kindern wird an der unterschiedlichen Altersverteilung bei den einzelnen Symptomen deutlich (Abb. 7).

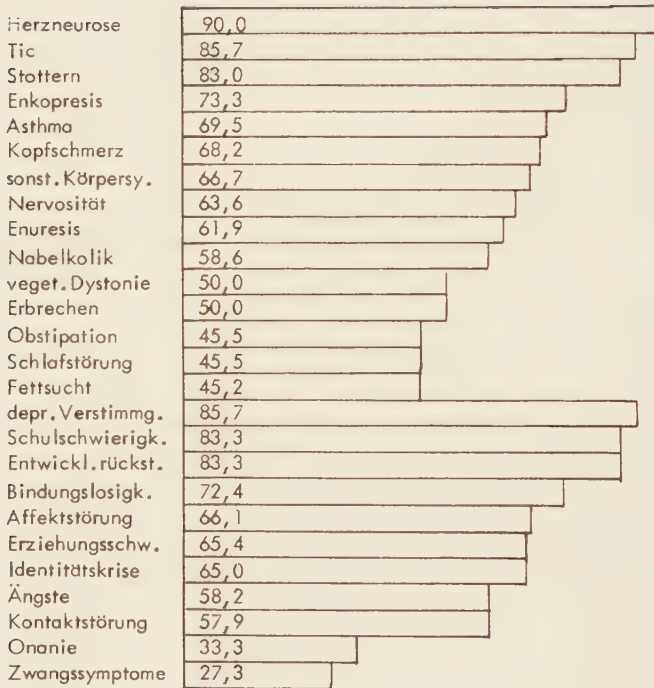


Abb. 6. Die Häufigkeit der Jungen bei den Symptomen, in Prozent.
(Bei Symptomen, deren absolute Häufigkeit größer als 10 ist)

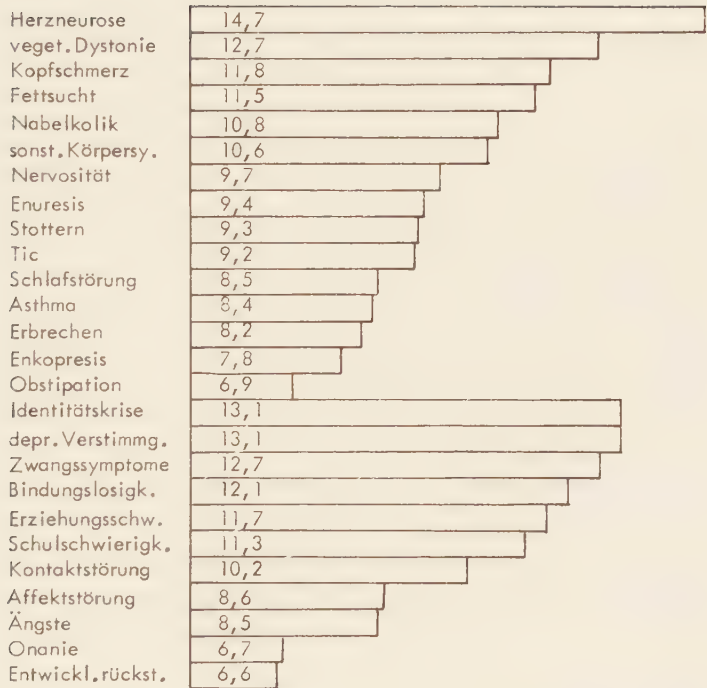


Abb. 7. Durchschnittsalter der Kinder bei den Symptomen, in Prozent. (Bei Symptomen, deren absolute Häufigkeit größer als 10 ist)

Zweifelsohne beeinflusst die Entwicklungsphase des Kindes das Entstehen und auch das Verschwinden von Verhaltensstörungen. Die Schwere einer Verhaltensstörung kann nur im Zusammenhang mit dem Alter des Kindes beurteilt werden und die Erfolge der Therapie werden oft von phasenbedingten Verhaltensänderungen der Kinder überdeckt.

Besonders A. FREUD hat in ihrer jüngst auch in Deutschland erschienenen Arbeit darauf verwiesen. Sie versucht ein normales tiefenpsychologisch orientiertes Entwicklungsprofil zu entwerfen, mit dem das Verhalten der zu untersuchenden Kinder verglichen werden kann, um den Krankheitswert der Störungen zu erkennen. Auch LEMPP (120) weist auf die Bedeutung der psychischen Entwicklung für die Entstehung pathologischer Reaktionen hin.

Da in unserer Untersuchung die Spuren frühkindlicher Milieueinflüsse verfolgt werden sollen, wird auf diese Problematik nicht näher eingegangen.

a) Die Ergebnisse bei der Zusammenfassung der Merkmalsausprägungen

Eine statistisch gesicherte Abhängigkeit ergab sich bei folgenden Merkmalen (in Klammern wird die Irrtumswahrscheinlichkeit aufgeführt):

Stellung im Beruf des Vaters (0,1 %)

Ausbildung des Vaters (0,1 %)

Berufsstellung der Mutter (0,5 %)

Ausbildung der Mutter (0,1 %)

Soziale Schichtung (0,1 %)

Wohnverhältnisse (0,5 %)

Alter der Mutter bei Geburt des Kindes (0,5 %)

Familiensituation (1 %)

Ehelichkeit des Kindes (0,1 %)

Abwesenheit des Vaters (0,1 %)

Aufenthalt des Kindes bei der Abwesenheit der Mutter (0,1 %)

Position des Kindes in der Geschwisterreihe (1 %)

Stilldauer (1 %)

Keine Beziehung konnte zwischen der Berufstätigkeit der Mutter sowie dem Zeitpunkt der Berufstätigkeit, der Krankheit des Kindes im ersten Lebensjahr sowie dem Zeitpunkt der Krankheit und der Art der Verhaltensstörung gesichert werden.

b) Die Ergebnisse bei der Zusammenfassung der Symptome

Die Besetzungszahl in den Feldern der so gewonnenen Kontingenztafeln wird so erhöht und die Zahl der Freiheitsgrade so vermindert, daß einzelne Abhängigkeiten, die sich aus der Verteilung nachträglich vermuten lassen, nach Art der Fragestellung 2) (siehe Kap. III) geprüft werden konnten, wobei nach den Überlegungen von SCHEFFE und GOODMAN verfahren wurde. D.h. die Abhängigkeit wurde als statistisch gesichert bezeichnet, wenn der Wert des Chi-Quadrat-Testes mit den Freiheitsgraden der gesamten Tafel geprüft, eine Irrtumswahrscheinlichkeit von mindestens 5 % ergab. (Die nicht ganz korrekte Anwendung der Überlegungen ist dabei zu bedenken, denn die so zusammengefaßten Kontingenztafeln entsprechen nur Teilfragen aus den ursprünglichen Tafeln.)

Eine statistisch gesicherte Beziehung fand sich bei folgenden Merkmalen bzw. Merkmalsausprägungen:

Stellung im Beruf des Vaters (1 %)

Mittlere Beamte, Selbständige, Angestellte und Landwirte sowie leitende Angestellte, Beamte, Selbständige und freie Berufe finden sich häufiger bei den Eltern, deren Kinder seelische Fehlhaltungen haben.

Ausbildung des Vaters (0,1 %)

Seelische Fehlhaltungen mehr bei Kindern, deren Vater eine Akademie oder die Universität absolviert hat.

Berufsstellung der Mutter (5 %)

Ausbildung der Mutter (0,1 %)

Psychosomatische Erkrankungen häufiger, wenn die Mutter nur Volksschulausbildung ohne Lehre hat.

Soziale Schichtung (0,1 %)

Psychosomatische Erkrankungen mehr bei Kindern aus den Unterschichten (1 %)

Seelische Fehlhaltungen häufiger bei Kindern aus der oberen Mittelschicht mit Oberschicht. (0,1 %)

Familiensituation (1 %)

Abwesenheit des Vaters (0,1 %)

Psychosomatische Erkrankungen häufiger, wenn der Vater nicht abwesend war (5 %)

Seelische Fehlhaltungen mehr, wenn der Vater länger als 6 Monate abwesend war a) weil nicht geheiratet, geschieden, getrennt lebend (1 %) b) weil nicht geheiratet, geschieden, getrennt lebend, gestorben (0,1 %)

Berufstätigkeit der Mutter (5 %)

Aufenthalt des Kindes bei Abwesenheit der Mutter (1 %)

Seelische Fehlhaltungen häufiger bei Kindern, die in Heimen oder anderen Pflegestellen aufwuchsen (5 %)

Position des Kindes in der Geschwisterreihe (1 %)

Psychosomatische Erkrankungen häufiger, wenn die Kinder in der Reihe der Geschwister stehen (5 %)

Seelische Fehlhaltungen mehr bei Erstgeborenen (1 %)

Stilldauer (0,1 %)

Psychosomatische Erkrankungen mehr bei Kindern,
die nur bis zu einem Monat gestillt wurden (1 %)
Seelische Fehlhaltungen mehr, wenn sie länger
als 8 Monate gestillt wurden (1 %)

Keine Abhängigkeit konnte bei folgenden Merkmalen festgestellt werden:

Alter der Mutter bei Geburt des Kindes, Wohnverhältnisse, Zeitpunkt der Berufstätigkeit der Mutter, Krankheit des Kindes im ersten Lebensjahr sowie dem Zeitpunkt der Erkrankung im ersten Lebensjahr.

c) Besprechung der Ergebnisse

Zur Besprechung werden die Faktoren nach vier Gesichtspunkten geordnet.

1) Die soziale Schicht. Sie wird durch die Faktoren: Berufsstellung des Vaters und der Mutter, Ausbildung des Vaters und der Mutter, soziale Schichtung und Wohnverhältnisse umschrieben.

2) Die Familiensituation. Darunter fallen die Merkmale: Familiensituation, Ehelichkeit des Kindes, Abwesenheit des Vaters, Berufstätigkeit der Mutter sowie Zeitraum der Berufstätigkeit, Aufenthalt des Kindes während der Abwesenheit der Mutter, Alter der Mutter.

3) Stilldauer.

4) Krankenhausaufenthalt des Kindes mit den Faktoren: Krankheit des Kindes während des ersten Lebensjahres und Zeitpunkt der Erkrankung.

1) Die soziale Schicht

Bei allen Merkmalen ließ sich eine Beziehung zur Symptomatik statistisch sichern. Darüberhinaus kann als sicher angenommen werden, daß seelische Fehlhaltungen bei Kindern aus sozial gehobenen Schichten häufiger auftreten, als bei der sozialen Unterschicht,

und daß entsprechend psychosomatische Erkrankungen mehr bei Kindern aus der Unterschicht diagnostiziert wurden.

Die Untersuchungen der Verhältnisse bei der erwachsenen Bevölkerung in den USA und auch in Deutschland stimmen darin überein.

FREEDMANN und HOLLINGSHEAD, HOLLINGSHEAD und REDLICH u.a. konnten zeigen, daß psychoneurotische Störungen häufiger in der sozialen Oberschicht, organoneurotische Beschwerden und Psychosen mehr in der sozialen Unterschicht auftreten. CREMERIUS sah psychosomatische Erkrankungen bei sozialem Aufstieg öfter. PFLANZ (147) fand ebenfalls bei der sozialen Oberschicht häufiger die Diagnose "vegetative Störungen" gestellt, "die nicht selten neurotisch bedingte Krankheitszustände meint", als in der sozialen Unterschicht.

HARNACK untersuchte Schulanfänger in Hamburg, die er 4 Jahre später überprüfen konnte und stellte dabei einen größeren Prozentsatz verhaltensgestörter Kinder aus der Unterschicht gegenüber Kindern aus der sozialen Mittelschicht fest. Dabei sah er im einzelnen pathologische Gewohnheiten, Appetitsstörungen und Schlafstörungen öfter bei den Kindern aus der sozialen Unterschicht.

Die unterschiedliche Verteilung der neurotischen Störungsarten wird als Ausdruck verschiedener Wertvorstellungen in den sozialen Schichten gedeutet, die sich auch in einem unterschiedlichen Erziehungsverhalten niederschlägt.

Schon REICH wies auf die Bedeutung der differierenden Erziehungsmodelle hin, vor allem bei der Sexualerziehung, deren Engstirnigkeit bei den mittelständischen Schichten er für die Entstehung der Verhaltensstörungen verantwortlich machte. GREEN sah in dem Erziehungsverhalten der amerikanischen Mittelstandsfamilie eine direkte Begünstigung einer neurotischen Entwicklung des männlichen Kindes.

BRONFENBRENNER unterstreicht die Bedeutung der Lebensphase, in der entsprechende Erziehungspraktiken auf das Kind einwirken. In einer anderen Arbeit sagt er über die amerikanischen Verhältnisse: "Es ist hinreichend erwiesen, daß Kinder aus der mittleren

Schicht dazu tendieren, jene aus den Familien der unteren Schicht in vielen Eigenschaften zu übertreffen; wie z.B. Selbstbeherrschung, Leistung, Verantwortungsbewußtsein, Führerschaft, Popularität und Anpassung im Allgemeinen." (zit. bei FÜRSTENAU) Gleichzeitig hebt er bei der Unterschicht die unterschiedliche Erziehung der Mädchen, die nachgiebig behandelt werden, und der Jungen, die vor allem autoritär angefaßt werden, hervor.

KOHN sieht die unterschiedliche Eltern-Kind-Beziehung bedingt durch eine andersartige Wertorientierung der Eltern. Die Mittelklasseeltern sind in ihrer Wertorientierung um Selbstbestimmung, und die Unterklasseeltern um Konformität gegenüber Vorschriften von außen zentriert.

Man kann also mit Sicherheit davon ausgehen, daß die psychische Struktur der Eltern in den sozialen Schichten verschieden ist und damit auch die Wertorientierung in der Erziehung. So nehmen HOLLINGSHEAD, REDLICH und FREEDMANN Unverständnis der sozialen Unterschicht gegenüber neurotischen Störungen ohne organische Symptome als Grund für die von ihnen gefundenen Ergebnisse an.

Das ist auch in dieser Arbeit zu erwägen, denn Eltern mit einfacher Ausbildung, aus der sozialen Unterschicht, messen den psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder, soweit sie diese überhaupt erkennen, wohl keine allzu große Bedeutung bei. Und ein Kind, welches auf seine Konfliktsituation aufmerksam machen will, muß deutliche Symptome wählen. Darüberhinaus spielt, wie bereits oben erwähnt, ein psychologischer Faktor eine Rolle, daß Eltern aus der Unterschicht nicht so selbstverständlich eine Erziehungsberatungsstelle aufsuchen.

Die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit der pathologischen Gewohnheiten wie Daumenlutschen, Nägelbeißen und -kauen sowie Manipulationen am Kopfhaar, die HARNACK bei 20 % bzw. etwa 35 % der Kinder fand und in unserem Untersuchungsgut nur bei 1,3 % der Kinder bestanden (sie wurden allerdings zu den seelischen Fehlhaltungen gerechnet), läßt sich unter diesem Aspekt zwangslös erklären als

Ausdruck einer Selektion durch die Eltern, welche diese Verhaltensstörungen als irrelevant ansehen; zumal wenn man bedenkt, daß die pathologischen Gewohnheiten gehäuft bei Arbeiterkindern auftraten.

Wieweit die genannten schichtenspezifischen Erziehungsmodelle schon in der frühesten Kindheit bedeutsam sind, kann schlecht beurteilt werden. Mit Sicherheit ist das Problem des Stillens, seine Dauer, die Art sowie der Zeitpunkt des Abstillens durch kulturelle und soziale Einflüsse gekennzeichnet. Darauf soll unter 3) gesondert eingegangen werden. In den gleichen Zeitraum fällt auch der Beginn der Sauberkeitsgewöhnung. Diese ist stark von Sitte und Gewohnheit abhängig: "In manchen Orten, Ländern und sozialen Schichten beginnt die Reinlichkeitserziehung wenige Tage nach der Geburt (Abhalten des Säuglings, bedingter Reflex), in anderen wartet man bis zum zweiten oder dritten Lebensjahr (auf Entwicklung von Objektbeziehung und Ich-Herrschaft)" (A. FREUD). Wobei die streng fordernde, sauberkeitsdressierende Haltung der Mutter gegenüber einer mehr zwischen Schmutzlust der Säuglinge und der Außenweltforderung vermittelnde Einstellung sicher von der sozialen Schichtzugehörigkeit geprägt wird.

Es bleibt noch der Einfluß der Wohnverhältnisse auf die Art der Verhaltensstörung zu erörtern. BROCKINGTON fand in England eine erhöhte Kindersterblichkeit in sozialen Unterschichten, LOGAL, MORRISON, HEADY und MORRISON (zit. bei PFLANZ, 147) stellten eine erhöhte Säuglingssterblichkeit in der Unterschicht fest. In Deutschland konstatierten FREUDENBERG (71) und auch SCHOSNIG (zit. bei PFLANZ, 147) das gleiche Ergebnis bei ihren Untersuchungen. FAERBER sah eine nervöse Übererregbarkeit der Säuglinge, die in schlechten Wohnverhältnissen aufwuchsen.

Bei der Berechnung der Interkorrelationen fand sich in unserem Beobachtungsgut eine Beziehung zwischen schlechten Wohnverhältnissen und der Unterschicht. Man darf diesen Faktor sicher als pathogen betrachten, eine Aussage über die Richtung der Einwirkung auf die Symptomatik läßt sich nur bedingt machen. Wahrscheinlich verstärkt er die Einwirkung der sozialen Unterschicht

auf die psychosomatischen Erkrankungen.

2) Die Familiensituation

Die Abhängigkeit der Art der Symptomatik von den Milieufaktoren ist hier nicht so eindeutig zu sichern, wie bei der sozialen Schicht. So kann die Berufstätigkeit der Mutter und die Ehelichkeit des Kindes jeweils nur in einer der beiden Zusammenfassungen als beeinflussend genannt werden, während der Zeitpunkt des Beginns der Berufstätigkeit keine statistisch errechenbare Beziehung aufweist.

Angesichts dieses zunächst überraschenden Ergebnisses, soll noch einmal daran erinnert werden, daß in dieser Arbeit nur die Beeinflussung der Art der Verhaltensstörung durch die Merkmale geprüft wird. Die Berufstätigkeit der Mutter kann als grundsätzlich pathogener Faktor die Entstehung der Verhaltensstörung bedingen, ohne ein bestimmtes Symptom zu fördern. Als Hinweis dafür wurde schon der relativ hohe Prozentsatz erwerbstätiger Mütter angesehen.

HAFFTER weist auf den Einfluß der Ehescheidung für die Entwicklung der Kinder hin, insbesondere der Krisenzeit, die der Ehescheidung meist vorausgeht, sowie der Versorgung nach der Scheidung. In den meisten Fällen, in denen die Ehen geschieden wurden, bestanden schon über Jahre dauernde Spannungen zwischen den Eltern, diese Situation findet sich in der frühen Kindheit sicher häufig, ohne daß sie hier erfaßt werden konnte. HAFFTER unterscheidet dann zwischen zwei Gruppen von Kindern in zwei verschiedenen Umweltverhältnissen nach der Scheidung. Einmal Kinder, die in nur lockerem familiärem Zusammenhang aufwachsen, wo die Geschlossenheit der Familie gesprengt und damit die erzieherische Führung weitgehend vernachlässigt ist. Zum anderen, wenn das Kind in einer unvollständigen oder Stiefelternefamilie unter strukturell dennoch geschlossenen Bedingungen aufwächst, in der dauernde schädliche Konfliktspannungen zu bewältigen sind. Im ersten Fall entwickelt sich ungebundenes, unstetes Verhalten, Versagen in der

Schule und in der Lehre sowie die Gefahr der frühen sexuellen Verführung; im zweiten Fall manifestieren sich Fehlentwicklung infolge verkehrter Bindung oder Ablehnung eines Elternteils in der Art von Angst vor Bindungen, Scheu vor Ehe und Mutterschaft u.ä.

BINDER legte in einer Monographie die Einstellung der Mütter zu ihren unehelichen Kindern dar. Er sah mannigfache Fehlhaltungen und Fehlentwicklungen der Mutter bzw. dann auch des Kindes, eine Häufung eines best. Symptoms fand sich nicht. Die Einstellung der Mutter wandelt sich im Laufe der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes. In der ersten Zeit nach der Geburt geben immerhin 60 % Freude über das Kind an, dieser Prozentsatz erniedrigt sich im Laufe des späteren Lebens auf 30 %. Eine ambivalente Haltung geben 21 % der Mütter für die Zeit nach der Geburt an und im späteren Leben 40 %. Insgesamt scheint das Beobachtungsgut BINDERS eine negative Auswahl darzustellen, denn er fand doppelt soviel psychisch abnorme Mütter wie in der Durchschnittsbevölkerung. Als entscheidenden Punkt für die Schwierigkeit der Lage von Mutter und Kind führt er die doppelte Belastung der Mutter an, die das Kind finanziell und erzieherisch versorgen muß.

Zwei Drittel der Mütter sind ungelernte Arbeiterinnen, die gleiche Tendenz zeigt auch die Berechnung der Interkorrelation zwischen alleinstehender Mutter bzw. unehelichem Kind und sozialer Unterschicht in unserem Untersuchungsgut auf.

Eine höhere Sterblichkeit unehelich geborener Kinder konnten FÖLLMER und RHOTHE nachweisen, das erhellt ebenfalls die ungünstige Lage unehelicher Kinder.

Die schon erwähnte Untersuchung von SPECK über die Kinder erwerbstätiger Mütter, die er an Münchner Schulen anstellte, weist besonders auf die nachteilige Einwirkung der ganztägigen Erwerbstätigkeit der Mutter hin. Sie stört die Erfüllung der mütterlichen Aufgaben, schwächt die Hingabebereitschaft und überfordert die Mutter durch die Doppelbelastung. Die Kinder der erwerbstätigen Mütter zeigten sich ängstlich, nervös und gehemmt, zum Teil

gedrückt und verschlossen, in ihrer Traumwelt versunken und liebessuchend.

Nur 46 % der beobachteten Kinder hatten während der Abwesenheit der Mutter eine Ersatzbetreuung, 54 % waren dagegen ohne ständige Aufsicht zu Hause. Das ist selbstverständlich bei Kleinkindern und Säuglingen nicht möglich, deshalb fanden sich in unserem Patientengut auch 83 % der Kinder in ständiger Obhut zu Hause. Die affektive Zuwendung, welche die Kinder unter diesen Verhältnissen erfahren, läßt sich dennoch schwer abschätzen.

In Heimen untergebracht waren etwa 7 % unserer Kinder. Bei ihnen fanden sich, wie später gezeigt wird, Hinweise für die Entstehung von Verwahrlosungserscheinungen. Deshalb besteht auch die Beziehung zwischen Heimkindern und seelischen Fehlhaltungen.

Wesentlich beeinflusst wird die Familiensituation durch die Position des Kindes in der Geschwisterreihe. Dazu stellt DECHÈNE aus der Literatur folgende psychische Merkmale zusammen: Das älteste Kind ist mehr auf die Erwachsenen eingestellt, dabei jedoch in seiner Haltung zu ihnen ambivalent. Sein Über-Ich ist strenger, es zeigt mehr Fleiß, hat aber Angst zu versagen. Es ist gehemmt, leichter gekränkt, bleibt oft passiv. Es ist mehr auf Besitz eingestellt.

Das jüngere Kind ist dagegen unabhängiger von Erwachsenen, eigenständiger, es arbeitet aktiver und selbstsicherer. Es ist extravertierter, gutmütiger, heiterer, meist aber auch aggressiver.

Die Haltung der Nachkömmlinge gleicht in vielem der von Einzelkindern, die der verwöhnenden Erziehung der Eltern ausgesetzt sind. Bei ihnen meint HARNACK häufiger Egozentrität und Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung anzutreffen.

Die hier gefundene Häufung psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern, die in der Reihe geboren wurden, läßt sich wohl zum Teil durch die Häufigkeit der Enuresis in dieser Geschwisterposition erklären.

Die von DECHÊNE aufgeführten Verhaltensweisen der ältesten Kinder machen die Beziehung zwischen seelischen Fehlhaltungen und Erstgeborenen gut verständlich; wobei Schulschwierigkeiten als Ausdruck der Überforderung durch die Eltern oder sein Über-Ich, Hemmungen als Folge einer Versagensangst und die große Anzahl der Angstsymptome selbst als Korrelat dieser psychischen Einstellung zu werten sind.

Der Abwesenheit des Vaters kommt offensichtlich eine starke Bedeutung zu. Sie geht über den Einfluß der unehelichen Geburt auf die Verhaltensstörungen hinaus, welche doch meist mit dem Fehlen des Vaters vergesellschaftet ist.

Da hier vor allem die Situation in der frühesten Kindheit betrachtet werden soll, kann die von der Soziologie erkannte Schwächung der Vaterautorität in der heutigen Familie (HORKHEIMER, ADORNO u.a.) im Sinne etwa eines "unsichtbaren Vaters" (MITSCHERLICH) nur bedingt als entscheidende Ursache diskutiert werden. Dieses Problem erlangt seine volle Bedeutung erst in der Zeit der Reifung. Nach WIESENHÜTTER (186) kann in der Zeit der Präpubertät und Pubertät von einer Vatersehnsucht bei Kindern, die bis dahin nur einen Ersatzvater oder keinen Vater kannten, gesprochen werden. Welche Funktion der Vater für die Identitätsfindung und die Ausreifung der sozialen Beziehung hat, wird später besprochen werden.

Für die erste Phase der Entwicklung des Kindes ist sicher nur ein indirekter Einfluß des Vaters denkbar, der als Garant für Schutz und Sicherheit des mütterlichen Verhaltens gelten kann. Ist der Vater auch nur zeitweise und auch nur beruflich nicht bei der Familie, so ist eine Verunsicherung der Mutter gut denkbar, welche zu Nervosität und Unausgeglichenheit führt und damit die Entstehung des Urvertrauens behindern kann (LANDOLF). Ist die Mutter von Anfang allein gelassen, so verstärkt sich die ungünstige Lage meist noch durch die Erwerbstätigkeit der Mutter und die damit verbundene Doppelbelastung. Es verwundert daher nicht, wenn

HARNACK (86) bei vaterlos erzogenen Kindern eine Störungshäufigkeit von 69 % sah, während die Störungshäufigkeit bei 53 % lag, wenn keine beeinträchtigende Milieufaktoren nachweisbar waren.

In diesem Zusammenhang sind auch die Überlegungen von RICHTER (153) unter dem Gesichtspunkt des Kindes als "Gattensubstitut" aufschlußreich. Er unterscheidet zwei verschiedene mütterliche Verhaltensweisen, eine mehr passiv geartete Mutter wird den Sohn schon früh als Beschützer betrachten, während eine Mutter von aktiver Wesensart oft in excessivem Kontakt mit ihrem Kinde dieses an sich bindet. Je nach der Einstellung der Mutter zu dem Vater des Kindes können sich auch aggressive Komponenten in das Verhalten der Mutter einschleichen. SPITZ beschreibt bei einer Untersuchung in einer Haftanstalt lebender junger Mütter die Ängstlichkeit der Mütter als eine Form der Feindseligkeit gegenüber dem Kind. In dieser Haftanstalt litten die Säuglinge sehr oft unter Ekzemen, SPITZ erkannte nun, daß die Mütter aus ihrer Ablehnung heraus jeden Hautkontakt bewußt oder unbewußt mit ihrem Kinde meiden, und daß sie trotz offensichtlicher Besorgtheit ihre Kinder immer wieder in ernsthafte Gefahren brachten.

Die Häufung von vaterlosen Kindern bei den seelischen Fehlhaltungen läßt sich einerseits mit den noch zu besprechenden Beziehungen zu den Symptomen Identitätskrise und Syndrom der Bindungslosigkeit erklären und bestätigt andererseits vielleicht auch die Beobachtungen von HARDTMANN, welche einen statistisch signifikant größeren Anteil vaterlos aufgewachsener Jugendlicher und Heranwachsender an der Sexualdelinquenz gegenüber dem Anteil Jugendlicher und Heranwachsender, die mit einem Vater aufgewachsen waren, feststellte.

3) Die Stlldauer

Eine Abhängigkeit der Symptomatik von der Stlldauer konnte in beiden Zusammenfassungen statistisch gut gesichert werden. Dieses Ergebnis soll besonders hervorgehoben werden, da das Merkmal als

einziges einen nur auf die früheste Kindheit bezogenen Sachverhalt umfaßt.

Allerdings müssen bei genauerer Überlegung gegen diese Feststellung auch Bedenken geäußert werden, denn entscheidend für die Beeinflussung auf die Art der Verhaltensstörung ist nicht unbedingt die Dauer des Stillens. Ebenso gut kann die eigentliche Bedeutung der Einstellung der Mutter zum Kind, für die die Stilldauer nur ein Indikator ist, zukommen. - Es fanden sich bei der Berechnung der Interkorrelationen Hinweise für eine Beziehung zwischen der sozialen Schicht und der Stilldauer. Arbeiterkinder wurden häufiger gestillt, dagegen wurden Kinder, deren Vater aus dem Kreis der einfachen Angestellten, der einfachen Beamten oder einfachen Selbständigen kommen, häufiger nicht gestillt. -

CHILD und WITHING sahen eine hohe positive Korrelation zwischen der Strenge der Entwöhnung, beurteilt nach dem Grad der Angst, welche als Reaktion auf die orale Aktivität in der Kindheit gelernt wurde, und einem Index von Vorstellungen, daß Krankheiten mit oralen Aktivitäten zu tun hätten, bei dem Studium von 75 verschiedenen Kulturen (zit. nach FÜRSTENAU).

Zu bedenken ist darüberhinaus, daß die hohe emotionale Besetzung des Stillvorgangs als Teilbereich der Oralität viele unbewußte Fehldeutungen der sich erinnernden Mutter hervorrufen kann (BIERMANN, 23). Kaum eine anamnestiche Angabe ist so bewußt oder unbewußt von Schuldgefühlen oder Vorurteilen belastet, wie diejenige über die Dauer des Stillens. A. FREUD weist auf eine innerliche Gleichstellung von Mutterannahme und Annahme der Nahrung hin, das heißt eine Ablehnung der Nahrung wird von der Mutter intuitiv als Ablehnung ihrer Liebe aufgefaßt. Daraus kann eine beleidigte, negative Einstellung der Mutter zu ihrem Kind resultieren.

Grundsätzlich ist das Stillproblem unter dem Aspekt der Mutter-Kindbeziehung zu beurteilen, wobei die Einwirkung nicht nur einseitig erfolgt, wie das eben genannte Beispiel zeigt.

Als gutes Beispiel dient hier die genauere Untersuchung der Beziehung zwischen extrem langer Stilldauer (über 8 Monate) und den seelischen Fehlhaltungen. Bei einer excessiven oralen Versorgung des Säuglings, wenn er etwa nach dem "self demand" Prinzip gestillt wird, und bei einer hypertonen Veranlagung fand SPITZ gehäuft das Auftreten der sog. Dreimonatskolik als frühkindliche Verhaltensstörung. Die Frustration ist für ihn ein wichtiges Element für die Entwicklung des Kleinkindes, denn Hunger führt zu eigener Aktivität in Form von Nahrungssuche und die Entwöhnung bedeutet ein Schritt weiter auf den Weg zur Autonomie. A. FREUD (67) will in der Art, in der ein Kind auf die Entwöhnung reagiert, grundsätzliche Charakterunterschiede des Kindes erkennen. Bereitet ein Kind bei der Umstellung größere Schwierigkeiten, so weist dies auf eine eher konservative Veranlagung hin, gewöhnt sich ein Kind rasch an die neue Situation, sei seine Haltung fortschrittlich. -

Mit BIERMANN kann man die überlange Stillzeit als Ausdruck einer symbiotischen Mutter-Kind Beziehung auffassen. Diese Beziehung ist vor allem bei alleinstehenden Müttern anzutreffen, wobei die Gefahr eines sich Abschießens nach außen sehr groß ist. Oft sind es auch Einzelkinder oder Nachkömmlinge, die als angeblich eßgestörte Kinder dann in der Erziehungsberatungsstelle vorgestellt werden. Wie später ausführlicher dargestellt wird, fanden sich bei dem Symptom Identitätskrise Hinweise für eine häufige Abwesenheit des Vaters und für eine längere Stillzeit der Kinder (über 4 Monate), daraus allein könnte schon die Beziehung zwischen langer Stillzeit und den seelischen Fehlhaltungen zu erklären sein. BIERMANN weist auf eine weitere seelische Fehlhaltung hin, welche sich später aus den symbiotischen Mutter-Kind Beziehungen entwickeln kann, die Schulphobie. Die ängstliche Mutter verunsichert das Kind durch ihre dauernde Sorge um seine angebliche Leistungsschwäche, bzw. Überforderung. Sie begleitet das Kind zur Schule über Monate oder Jahre und provoziert damit die Gefahr der Verspottung durch die Schulkameraden und eine daraus folgende Isolation des Kindes.

Daß psychosomatische Erkrankungen dagegen mehr bei Kindern zu finden sind, die nur bis zu 1 Monat gestillt wurden, geht wohl auf das Konto der Symptome Enuresis und Enkopresis, bei denen sich Hinweise für eine Abhängigkeit von kurzer Stilldauer fanden.

4) Krankenhausaufenthalt des Kindes

Dieser Faktor wurde als Indiz für eine frühe Mutter-Kind Trennung erfaßt. Es konnten keine Beziehungen zu der Art der Verhaltensstörungen statistisch gesichert werden.

Das muß nicht gegen die Ergebnisse von BOWLBY, ROBERTSON und anderen Autoren sprechen, die eine länger als drei Monate andauernde Mutter-Kind Trennung während der ersten drei Lebensjahre als pathogenen Faktor ansahen, sondern zunächst nur dafür, daß keine bestimmten Symptome gefördert werden.

Als Interkorrelationen fanden sich Beziehungen zwischen Kindern qualifizierter Arbeiter und Krankenhausaufenthalt des Kindes, einfacher Angestellter und Krankenhausaufenthalt - entsprechende Ausbildung des Vaters: Volksschule mit Lehre und Krankenhausaufenthalt - sowie zwischen schlechten Wohnverhältnissen und Erkrankung des Kindes im ersten Lebensjahr.

Schädigungen im Sinne eines Hospitalismus scheinen nicht in genügend hoher Zahl unter den Kindern zu finden gewesen sein oder sie sind unspezifischer Art. Die These von SPITZ scheint damit bestätigt zu sein, der ein dauernd auf ein Kind einwirkendes affektives Klima für die Entwicklung neurotischer Störungen für bedeutungsvoller hält, als ein einmaliges traumatisches Ereignis.

B. PRÜFUNG DER ABHÄNGIGKEIT EINZELNER SYMPTOME VON EINZELNEN MERKMALSAUSPRÄGUNGEN

Beim Überblicken der von dem Computer erstellten Kontingenztafeln fielen stark unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen in einzelnen Feldern auf. Ob diese Unterschiede nicht nur Zufälligkeiten entsprachen, wurde mit der im Abschnitt III angegebenen Fragestellung in Vierfeldertafeln statistisch geprüft. Ebenso wurde bei den Kontingenztafeln verfahren, die eine Aufteilung der 1. Symptome und der 2. Symptome zusammengekommen auf die einzelnen Merkmale beinhalten, wie bereits erwähnt erhöhte sich dadurch die Anzahl der Fälle auf 1678.

Da diese Fragestellung nicht vorher festgelegt waren, können die errechneten Chi-Quadratwerte keine statistische Signifikanz beweisen. Sie sollen nur Unterschiede verdeutlichen und damit gleichzeitig Hinweise geben für weitere Untersuchungen, bei denen sie als klar formulierte Fragen an ein anderes Untersuchungsmaterial gestellt werden könnten.

Bei einzelnen Beziehungen zwischen einem Symptom und einer Merkmalsausprägung konnte von Ergebnissen aus anderen Untersuchungen ausgegangen werden, der Wert der statistischen Aussage erhöht sich bei diesen Fragestellungen dadurch erheblich. Bei der Diskussion wird jeweils darauf eingegangen.

Es ergaben sich folgende Hinweise für eine Abhängigkeit eines Symptoms von einer Merkmalsausprägung. (In Klammern werden die Hinweise aus den durch die 2. Symptome erweiterten Kontingenztafeln angefügt.):

ENURESIS

Häufiger bei Kindern, deren Vater einfacher oder Facharbeiter ist und die Volksschule mit Lehre oder Handelsschule besucht hat. Deren Mutter nur Volksschule ohne Lehre als Ausbildung hat.

Die in der Reihe der Geschwister geboren wurden,
die der Unterschicht angehören.

(Häufiger bei Kindern, deren Mutter Volksschule ohne oder mit
Lehre als Ausbildung hat,
die nur bis zu einem Monat gestillt wurden.)

ENKOPRESIS

Häufiger: Vater, Volksschule ohne oder mit Lehre
Mutter, Volksschule mit Lehre
Stilldauer bis zu einem Monat.

Seltener: Mittlere Mittelschicht bis Oberschicht einschließlich.

Enkopresis und Enuresis treten häufiger zusammen auf.

Obwohl Enuresis und Enkopresis gehäuft zusammen auftreten, bestehen gewisse Unterschiede zwischen beiden Symptomen. Das Durchschnittsalter der Kinder mit Enuresis beträgt 9,4 Jahre, das bei Kindern mit Enkopresis nur 7,8 Jahre. Im Vergleich zum Einnässen, wird das Einkoten viel intensiver als soziales Ärgernis empfunden, die Eltern stellen daher ihre Kinder mit Enkopresis früher der Erziehungsberatungsstelle vor. Auch die Geschlechtsverteilung zeigt Unterschiede: bei Enuresis sind 81 % Buben, bei Enkopresis nur 73 %. Das deutliche Überwiegen der männlichen Kinder bei beiden Symptomen wird auch von anderen Autoren bestätigt.

Übereinstimmend finden sich beide Symptome bei Kindern aus der sozialen Unterschicht. Auch HARNACK sah die Enuresis gehäuft in der sozialen Unterschicht; da er eine Querschnittsuntersuchung unternahm, müssen die Gründe für diese Verteilung des Symptoms direkt bei den Umweltbedingungen zu suchen sein. Als begünstigende Faktoren nimmt er enge Wohnverhältnisse, schlechte soziale Verhältnisse, überwiegend vegetabile Kost sowie Vernachlässigung durch die Mutter in der für die Sauberkeitsgewöhnung entscheidenden Zeit an. Als Bestätigung vor allem für den zuletzt genannten Grund kann auch die Arbeit von SCHWIDDER (166) gelten, der bei einer Befragung der Mütter von 323 Enuresis-Kindern einen hohen

Prozentsatz von schon in der Säuglingsphase bestehenden Störungen der Mutter-Kind-Beziehungen fand.

ALBRECHT und HOFFMANN beobachteten bei Enkopresiskindern eine ausgeprägte Milieuschädigung (Flucht aus dem Osten, Vater abwesend, Kriegseinwirkungen, Tod eines Elternteils u.ä.).

In unserem Untersuchungsgut fanden sich Hinweise für eine Interkorrelation zwischen Volksschulbildung (mit oder ohne Lehre) der Mutter und schlechten Wohnverhältnissen, unehelicher Geburt des Kindes und der Berufstätigkeit. Keine Interkorrelation konnte zu der kurzen Stillzeit von bis zu vier Wochen errechnet werden.

Allerdings weist WIESENHÜTTER auch auf eine frühkindliche Störungsmöglichkeit durch ein zu viel an Liebeszuwendung hin. Eine "Überwärmung" durch die schützende Mutter kann die Auseinandersetzung mit der Umwelt, die in der Zeit des Sauberwerdens phasenbedingt einsetzen soll, verhindern. Können die Aggressionen nicht genügend abreagiert werden, so kehren sie sich von außen nach innen und können im Sinne einer Uropolemie bzw. Kopropolemie (CHRISTOFFEL u.a.) als Symptom erscheinen.

Vielleicht trifft Ähnliches für Kinder zu, die in der Reihe der Geschwister geboren sind, von der Mutter besonders umsorgt werden und von älteren Geschwistern aggressiv behandelt werden, ohne selber ihre aggressiven Regungen gegen jemanden ausleben zu können. Daß Enuresis bevorzugt bei Kindern auftritt, die in der Geschwisterfolge geboren wurden, bestätigen die Untersuchungen von HARNACK, SCHMIDT und MEITINGER, BECK und LEMPP. DECHÊNE, dessen Untersuchung teilweise an dem gleichen Beobachtungsgut durchgeführt wurde, erklärt die Häufung der Enuresis bei Buben aus größeren Geschwisterschaften mit der Konkurrenzsituation sowohl gegen die anderen Geschwister als auch gegenüber der elterlichen Zuwendung. Auch MITSCHERLICH betont: "Daß das Symptom (Enuresis) in jedem Fall Ausdruck einer gestörten Liebeszuwendung ist - eine polemische Antwort also, welche immer eine Aggression oder Verletzung voraussetzt." Während BIERMANN (14) eine stärkere aggres-

sive Komponente der Enkopresis gegenüber der Enuresis besonders hervorhob.

VEGETATIVE DYSTONIE

Häufiger: Alter der Mutter 17 - 28 Jahre

Seltener: mittlere Mittelschicht bis einschließlich Oberschicht

(Häufiger: Vater, einfacher Arbeiter bis einfacher Angestellter
einschl. Mutter, Volksschule ohne Lehre)

ERBRECHEN

Seltener: mittlere Mittelschicht bis Oberschicht einschließlich

Häufiger: zusammen mit Nabelkoliken auftretend

- Wegen der geringen Häufigkeit des Symptoms konnten andere Beziehungen nicht durch statistische Berechnungen geprüft werden. -

KOPFSCHMERZEN

Häufiger: Mutter 32 - 43 Jahre

Nachkömmling

Seltener: Erstes Kind

(Häufiger: Mutter Volksschule ohne Lehre)

Das Durchschnittsalter der vegetativen Dystonie (12,7 J.), Erbrechen (11,8 J.) und Nabelkolik (10,8 J.) weist auf die Reifungsproblematik einschließlich der Acceleration als mitbestimmenden Faktor hin. Im Mittelpunkt der Psychosomatik des Jugendalters stehen die vegetativen Reaktionen des reifenden Organismus (BIERMANN, 17). Wobei LOCH darauf hingewiesen hat, daß die Symptomatik der vegetativen Dystonie weitgehend übereinstimmt mit der vor 50 Jahren bekannten Neurasthenie. In den Reifungsperioden zieht sich der Jugendliche bei einer Überforderung in sein Leiden zurück und demonstriert mit einer Vielzahl von Symptomen seine allgemeine Lebensangst und Lebensunsicherheit.

Nabelkoliken und Erbrechen können bei Mädchen meist als Anzeichen einer ambivalenten Auseinandersetzung mit der weiblichen Reifung angesehen werden. "Ihre Ablehnung, aber auch die Identifizierung mit ihr verkörpert sich symbolisch im 'oral-abdominalen Syndrom' des Erbrechens und der Nabelkoliken" (BIERMANN, 15). BIERMANN weist auch auf eine meist in der frühesten Kindheit nachweisbare orale Symptomatik (chronische Eßstörung) bei der Brechneurose hin. Hinweise für Abhängigkeiten von der Stillsituation konnten hier allerdings nicht gefunden werden.

Insgesamt spiegeln sich die statistisch gesicherten Beziehungen zwischen den psychosomatischen Erkrankungen und der sozialen Unterschicht in den drei Symptomen wider. Sie stehen damit stellvertretend für die große Zahl der anderen psychosomatischen Erkrankungen, die im einzelnen wegen ihrer zu geringen Anzahl nicht zu statistischen Berechnungen herangezogen wurden.

Nur das Symptom Kopfschmerz weist zusätzlich noch weitere Hinweise für Abhängigkeiten von Umgebungsfaktoren auf.

LOCH sieht unter dem erwachsenen Klientel vor allem bei sensiblen, pflichtbewußten, pedantischen und intellektuell betonten Patienten Migräne und Kopfschmerzen auftreten. BIERMANN (17) glaubt, daß besonders leistungsüberforderte Kinder, die oft von ehrgeizigen Vätern angespornt werden, welche ihre eigene Versagenssituation in der Jugend kompensieren wollen, zu Kopfschmerzen neigen. In diesem Sinne kann die Situation eines Nachkömmlings gesehen werden, der ständig den Leistungen der älteren Geschwister nachzueifern versucht. Darüberhinaus ist denkbar, daß er im Sinne einer Symptomtradition die Migräne seiner alternden, überforderten Mutter übernimmt.

NERVOSITÄT

Häufiger: Volksschule mit Lehre, Handelsschule oder mittlere Reife

(Häufiger: Alter der Mutter 29 - 40 Jahre)

Mutter ganztätig berufstätig
Stilldauer 1-4 Monate

Zusammen mit Schulschwierigkeiten auftretend.

HARNACK fand bei der Einschulungsuntersuchung 22 % motorisch unruhige Kinder, bei der Nachuntersuchung 12,1 % ausgesprochen hypermotorische Kinder und 26,4 % nur mäßig unruhige. Über die sozialen Stufen verteilten sich die hypermotorischen Kinder annähernd gleichmäßig. Ausgesprochen hypermotorische Kinder hatten eine wesentlich höhere Anzahl an zusätzlichen Verhaltensstörungen als der Durchschnitt der verhaltensgestörten Kinder. Auch in dieser Untersuchung ist die Anzahl der Nervosität bei den 2. Symptomen relativ sehr hoch. Es ist anzunehmen, daß Nervosität als Begleitsymptom bei vielen Kindern vorhanden war, wegen des Überwiegens eines anderen Symptoms aber nicht diagnostiziert wurde.

HARNACK konnte eine eindeutige Abhängigkeit der kindlichen Nervosität von der Nervosität der Mutter nachweisen. Möglicherweise lassen sich mit dieser Feststellung die Beziehung zwischen berufstätigen Müttern und der Nervosität erklären.

Daß die Mütter ihrer Ausbildung nach zum Mittelstand hin tendieren und entsprechend auch ihr Alter bei der Geburt des Kindes höher als im Durchschnitt ist, läßt sich wohl auf das häufigere Zusammentreffen mit dem Symptom Schulschwierigkeiten zurückführen. Das bestätigt auch das Durchschnittsalter der nervösen Kinder (9,7 Jahre). Die Problematik der Störkinder in der Schule wird zum großen Teil bestimmt durch den Bewegungsdrang der Kinder, die unbeherrscht, verspielt sind, von jeder Kleinigkeit abgelenkt werden und deren Leistungen dadurch nur mäßig sind.

FETTSUCHT

Häufiger: Vater, einfacher Selbständiger
Vater Volksschule ohne Lehre
Vater abwesend

Seltener: Mutter Volksschule mit Lehre oder Handelsschule

(Häufiger Vater über die Woche abwesend)

Zwischen der Abhängigkeit des Symptoms von der Ausbildung des Vaters und von der Stellung im Beruf besteht eine Diskrepanz, denn einfache Selbständige wie Bäcker, Metzger oder Händler, haben praktisch immer eine Lehre hinter sich. Man kann daher zwei verschiedene soziale Stufen annehmen, einmal etwa untere Mittelschicht und zum anderen soziale Unterschicht.

QUAADE stellte Adipositas häufiger bei Kindern fest, deren Eltern ein niedriges Einkommen haben. JUEL-NIELSEN beobachtete Adipositas häufiger bei Kindern aus dem Mittelstand (zit. bei PFLANZ). HUBER konnte keine Beziehung zur sozialen Schicht erkennen, er lehnt auch ab, daß Fettsucht durch eine over-protection Haltung der Mutter wesentlich bedingt sei, wie das besonders BRUCH vertritt. Er fand vielmehr oft organisch bedingte Fettsucht und allen Kindern gemeinsam Inaktivität, Langsamkeit, Faulheit und Störungen im sozialen Kontakt. Diese von HUBER gefundenen psychischen Kennzeichen fettsüchtiger Kinder könnten sich auch als Reaktionen auf überfürsorglich erzogene Kinder erklären lassen, die niemals gezwungen waren, sich initiativ um ihre Versorgung zu bemühen.

BRUCH (35) weist darauf hin, daß Fettsucht oft durch falsche Lernvorgänge hervorgerufen wird, z.B. wenn die Mütter, selbst unfähig die Bedürfnisse ihrer Kinder richtig zu erkennen, auf jede Unlustäußerung des Säuglings reflexartig mit Nahrungsangebot reagieren und damit Reflexbahnungen schaffen, die sich später verhängnisvoll auswirken können. Ähnliches geschieht durch Verwöhnung in der frühen Kindheit. Sie beobachtete Adipositas gehäuft bei Einzelkindern, ebenso auch HARNACK und PFLANZ (147). Sie schreibt auch (zit. nach JORES): daß Kinder für einen Elternteil oder beide "als Objekt zur Erfüllung der elterlichen Bedürfnisse dienen, um damit Fehlschläge und Enttäuschungen zu kompensieren".

Hinweise für eine Bestätigung dieser Thesen könnten die häufigere Abwesenheit des Vaters von der Familie bieten, welche eine vermehrte Zuwendung der Mutter zu ihrem Kinde provoziert - unabhängig davon, ob die Mutter alleinstehend ein Einzelkind zu versorgen hat oder der Vater nur über die Woche aus beruflichen Gründen abwesend ist -, Bedenkt man die soziale Schicht der Eltern und die einfache Ausbildung der Mutter, so liegt eine verwöhnende Haltung der Mutter mit ständiger Zufuhr von Eßbarem zur Befriedigung des Kindes und als Ersatzbefriedigung für die Mutter nahe.

ASTHMA

Häufiger: Vater, einfacher Angestellter,
Vater, Volksschule mit Lehre
Mutter, Volksschule ohne Lehre
untere Mittelschicht
Vater, nicht abwesend
Mutter 20-25 Jahre
Kind zu Hause aufwachsend

Seltener: obere Mittelschicht mit Oberschicht

(Häufiger: Mutter nicht berufstätig)

Es ergibt sich eine Abhängigkeit des Symptoms von der unteren Mittelschicht, die Familiensituation ist dabei ausgesprochen gut.

PFLANZ (147) beobachtete in seinem Patientengut, das nur aus Erwachsenen bestand, daß die Väter von Asthmatikern öfter aus dem Kreis der unteren Beamten, Verwaltungsangestellten sowie Krankenschwestern entstammten.

Er zitiert RENNIE und SROLE, welche in den USA Asthma bronchiale seltener in der Mittelschicht antrafen. - Dabei wird nicht angegeben, wie die Mittelschicht bei dieser Untersuchung erfaßt ist. -

Zum Verständnis dieses Sachverhaltes können die Beobachtungen STAEHELINS über die allergischen Erkrankungen dienen. Er glaubt,

daß sich die innere Grundstimmung des Menschen im Sinne einer geistig-seelischen Differenzierung, verbunden mit innerer Bedrohung, Sicherheitsverlust und dem Gefühl der inneren Überforderung ändert, bedingt durch die leistungsbetonte Forderung der Zivilisation. Er führt eine Reihe von Untersuchungen an, die eine unterschiedliche Allergiemorbidität in den sozialen Schichten konstatierten. Besonders die Arbeit von SPOUJITSCH und EHRSTRÖM bestätigte dies, die deutliche Unterschiede in der Allergiemorbidität bei der ländlichen Bevölkerung Jugoslawiens gegenüber der einer neu entstehenden Industriegegend beweisen konnten.

JORES arbeitete als ein besonderes Charaktermerkmal der Asthmatischer ihr starkes Ich und Über-Ich heraus. Wahrscheinlich ist in der Berufsgruppe der einfachen Angestellten, die ein Produkt der gesellschaftlichen Verhältnisse darstellen, die Konfrontation bzw. Identifikation mit den Leistungsanforderungen der Zivilisation sehr ausgeprägt. Neben einem bedeutenden Unterordnungsbewußtsein wird das Geltungsstreben und der Leistungswille auch im Hinblick auf einen sozialen Aufstieg der Kinder nicht zu unterschätzen sein.

Als der entscheidende Faktor in der Genese des Asthma muß allerdings die Mutter-Kind-Beziehung gelten. Durch eine versagende und überfürsorgliche Haltung dem Kind gegenüber schafft sie eine besondere Bindung an sie, "die durch die Ambivalenz von Anziehung und Ablehnung, Anklammerungs- und Distanzierungstendenz gekennzeichnet ist". Auch BIERMANN (24) betont, daß die Mutter-Kind-Bindung beim kindlichen Asthma in hohem Maße krankhaft verändert ist, er zitiert in diesem Zusammenhang PESHKIN, der bei 40 % der Kinder ein Sistieren der asthmatischen Anfälle sah, wenn sie von den Eltern getrennt waren (Parent-ektomy). Andererseits kann eine Mutter-Kind-Trennung einen Asthmaanfall auslösen, mit welchem das Kind die Mutter erneut an sich zu binden sucht. Der Asthmaanfall wird damit im Laufe der neurotischen Verfestigung der Mutter-Kind-Beziehung für beide Teile zu einer wichtigen Waffe: eines-teils der Mutter, ihr Kind erneut in Unterstützung seiner regres-

siven Haltung in Krankheit unter Kontrolle zu bringen, andererseits des Kindes, sich immer wieder die Bindung seiner Mutter mit Hilfe und Zuspruch zu versichern (BIERMANN, 24).

Für diese engen Mutter-Kind-Beziehungen sprechen die hier gefundenen Hinweise für eine Häufung normaler Familienverhältnisse bei Asthmakindern.

STOTTERN

Häufiger: Vater einfacher Beamter oder Landwirt

Mutter Handelsschule

mittlere Mittelschicht

leibl. Vater und leibl. Mutter verheiratet

Mutter 26-34 Jahre

Kind ehelich geboren

Kind täglich unter gleichbleibender Obhut zu Hause

Zusammen mit Hemmungen auftretend.

Das Überwiegen der Buben mit 83 % der stotternden Kinder bestätigt die Ergebnisse von HARNACK, WIESENHÜTTER u.a.

Eine Beziehung zwischen der sozialen Schicht und dem Symptom fand lediglich GEDDA, der Stottern und Tic öfter bei Kindern aus der sozialen Oberschicht sah.

Da das Durchschnittsalter der stotternden Kinder (9,3 J.) nur unwesentlich geringer ist, als das der kontaktgestörten, unterstreicht das die Zusammenhänge zwischen beiden Symptomen. Außerdem tendiert die soziale Schicht aus der die Kinder stammen deutlich in diejenige der Kinder mit seelischen Fehlhaltungen. - Stottern ist die einzige psychosomatische Erkrankung, die gehäuft in der mittleren Mittelschicht anzutreffen ist. - Diese Tendenz zur Mittelschicht stimmt mit den Beobachtungen von WIESENHÜTTER überein, der die Stotterer für überdurchschnittlich begabt, intelligent und willensbetont hält.

Geht man von der pathogenetischen Seite aus, darf man den Kontaktstörungen bzw. Hemmungen eine grundsätzliche Bedeutung zuschreiben, die schon während der frühesten Kindheit verursacht sein können. So weist DÜHRSEN (53) auf die Vitalität vieler Mütter stotternder Kinder hin, die ihre Kinder buchstäblich nicht zu Wort kommen lassen und damit die aufkeimenden Sprachimpulse unterbinden.

FERNAU-HORN macht für das (erwartungsneurotische) Stottern eine Hemmungszirkel verantwortlich, dessen erstes Glied die Erinnerung an das Versagen beim Sprechen bildet, wodurch eine Gemütsregung ausgelöst werde, welche sich über die Erwartung zur Angst steigert, damit eine Atemhemmung bewirkt und schließlich eine Tonhemmung, die dann schließlich zur Sprechhemmung führt. Das Erlebnis der Sprechhemmung als Vorstellung ist dann gleichzeitig das erste Glied des neuen Hemmungszirkels, der sich zu einer Hemmungsspirale ausweiten kann, in der sich die Symptomatik immer mehr steigert und zu einem angstneurotischen Stottern wird.

SCHULSCHWIERIGKEITEN

Häufiger: Vater einfacher Selbständiger

Vater mittlere Reife oder höherer Ausbildungsgrad

Mutter mittlere Reife oder Abitur

obere Mittelschicht mit Oberschicht

Seltener: Mutter Volksschule mit und ohne Lehre

(Häufiger Mutter Akademie

Mutter ganztätig berufstätig)

Zusammen mit Nervosität und Ängsten auftretend.

ERZIEHUNGSSCHWIERIGKEITEN

Häufiger: Mutter 17-25 Jahre

nicht gestillt oder bis zu einem Monat gestillt

Seltener: Vater einfacher Angestellter.

AFFEKTSTÖRUNGEN

Häufiger: Vater mittlerer Beamter oder mittlerer Selbständiger

Vater Hochschule

Mutter mittlere Reife oder höherer Ausbildungsgrad

obere Mittelschicht mit Oberschicht

Wohnverhältnisse gut

Kind im Heim aufwachsend

nicht gestillt

erstes Kind

Seltener: Vater Volksschule mit Lehre

Unterschicht

Zusammen mit Erziehungsschwierigkeiten auftretend.

Das gleiche soziale Milieu findet sich bei den Schulschwierigkeiten und den Affektstörungen, dabei beträgt das Durchschnittsalter der Kinder mit Affektstörungen 8,6 Jahre und das der schulschwierigen Kinder 11,3 Jahre. Offensichtlich liegen hier durch die Entwicklungsphase bedingte, verschiedene Verhaltensstörungen von Kindern aus der gleichen sozialen Schicht vor.

Die Abhängigkeit von der sozialen Schicht läßt sich bei den Erziehungsschwierigkeiten nicht so klar erkennen. Das Durchschnittsalter der erziehungsschwierigen Kinder beträgt 11,3 Jahre. Dennoch haben sie die Tendenz, mit Affektstörungen aufzutreten.

Vielleicht entspricht dieser Teil den affektgestörten Kindern, welche vorübergehend oder längere Zeit in einem Heim aufwuchsen und entsprechend nicht gestillt wurden. Dafür sprächen auch die Interkorrelationen zwischen Heimkind und alleinstehender Mutter sowie junger Mutter und alleinstehender Mutter. Insgesamt finden sich also für die Affektstörungen und die Erziehungsschwierigkeiten deutliche Hinweise auf frühkindliche Milieuschädigungen. Bei der starken Korrelation der Affektstörungen zur sozial gehobenen Schicht darf man davon ausgehen, hier den Niederschlag der

Schwierigkeiten jung geschlossenen Ehen zu sehen, in denen der Existenzaufbau, gleich nach abgeschlossenem Studium, im Vordergrund steht.

Zu unterscheiden ist davon die Situation der schulschwierigen Kinder, bei denen das Überwiegen der Jungen mit 83 % auffällt. Daraus läßt sich der strengere Maßstab, den die Eltern der Mittelschicht gegenüber den schulischen Leistungen ihrer Buben anlegen, deutlich ablesen. Allerdings ist dabei zu bedenken, daß sicher eine unterschiedliche Toleranzschwelle der Eltern gegenüber den Schulleistungen ihrer Kinder besteht, so daß unter der Symptomatik Schulschwierigkeiten sicher sehr unterschiedliche objektive Leistungen zu finden sind. Erschwert wird die Lage der Kinder, wenn zusätzliche negative Milieugegebenheiten vorliegen, z.B. die ganztägige Berufstätigkeit der Mutter. Obwohl HARNACK nur die Verhältnisse in der Volksschule untersuchte, sah er den höchsten Prozentsatz an Sitzenbleibern bei Kindern aus unvollständigen Familien, oder wenn die Mutter berufstätig war.

Die Problematik potenziert sich durch den Eintritt in die höhere Schule und die Krisenzeit der Präpubertät, in der schon entwicklungsbedingt Ansätze zu dissozialem Verhalten, zu Unordentlichkeit und zu "Flegeleien" vorhanden sind.

ÄNGSTE

Häufiger: Vater Abitur und Akademie

Vater nicht abwesend

Mutter 32 - 40 Jahre alt

Wohnverhältnisse schlecht

Stilldauer 1-4 Monate

Seltener: untere Mittelschicht

(Häufiger: weniger als 2 Monate Krankenhausaufenthalt)

Zusammen mit Asthma auftretend.

KONTAKTSTÖRUNGEN, HEMMUNGEN

Häufiger: Vater mittlerer Angestellter

Vater Abitur und höherer Ausbildungsgrad

Seltener: Mutter Volksschule ohne Lehre

(Häufiger: gute Wohnverhältnisse

Vater und Mutter verheiratet)

Zusammen mit Ängsten und Stottern auftretend.

Unter Ängsten werden alle Formen von Angstmanifestationen zusammengefaßt. Es finden sich darunter die frei flottierende Angst des Kleinkindes, Angsthysterien, Angstneurosen und Phobien sowie Pavor nocturnus. Beinahe die Hälfte der Angstsymptome tritt als Zweitsymptom auf (94). Insgesamt wurden Ängste bei 216 Kindern diagnostiziert, das entspricht etwa 18 % der Kinder (oder 15 % der Fälle). HARNACK fand (86) 29,7 % der Schulanfänger mit irgendeiner Angstsymptomatik behaftet. Er sah ein ungewöhnlich hohes Zusammentreffen mit anderen Symptomen bei ängstlichen Kindern (Hemmungen, Schulschwierigkeiten und Asthma). Das gleichzeitige Auftreten von Ängsten mit Stottern, Hemmungen und Asthma in unserem Beobachtungsgut sowie die Häufigkeit als Zweitsymptom spricht für die zentrale Stellung der Angst bei den kindlichen Verhaltensstörungen.

Die Symptome Hemmungen und Ängste darf man als Repräsentanten der seelischen Fehlhaltungen ansprechen, ähnlich wie die vegetative Dystonie für die psychosomatischen Erkrankungen charakteristisch ist, hinter der ebenfalls eine Angstneurose stehen kann. Insgesamt finden sich daher auch Hinweise für Abhängigkeiten der beiden Symptome von der sozialen Mittelschicht. Im Gegensatz zu HARNACK, der eine leichte Häufung der Ängste bei Kindern feststellte, deren Vater unqualifizierte Arbeiter waren. - PFLANZ (147) weist auf eine Untersuchung von RENNIE, SROLE, OPLER und LANGER hin, welche in der Unterschicht weniger Neurosen mit Angstsymptomen antrafen, allgemeine Angstsymptome aber schichtenunspezifisch verteilt sahen. -

Darüberhinaus weisen die Beziehung zwischen Ängsten und schlechten Wohnverhältnissen, einem kurzen Krankenhausaufenthalt im ersten Lebensjahr und dem höheren Alter der Mutter bei Geburt des Kindes auf spezielle Umwelteinwirkungen hin. Alle drei Milieufaktoren würden eine gesteigerte ängstliche Reaktionsweise des Kindes verständlich machen können. Eine ältere Mutter wird mehr zu behütender, ängstlicher Erziehung neigen, zumal schon die Schwangerschaft etwa einer am Ende des dritten Lebensjahrzehnts stehenden Mutter mit intensiverer Fürsorge beachtet wird. Das Aufwachsen des Säuglings in Notlagern, Baracken oder ähnlichen Umweltverhältnissen kann nicht ohne direkten oder auch indirekten Einfluß über die psychisch belastete Mutter bleiben. Ebenso förderlich für die Entstehung von Angstreaktionen wirkt sich die Trennung des Kindes von der Mutter aus, auch wenn sie nur kurz erfolgt.

Daß ängstliche Kinder häufiger 1-4 Monate gestillt wurden, spricht nicht unbedingt gegen diese Überlegungen, denn wie bereits oben ausgeführt, kommt es sicher weniger auf die Dauer der Stillzeit an, als auf die Art des Stillens und des Abstillens.

SYNDROM DER BINDUNGSLOSIGKEIT

Häufiger: keine Angabe zur Berufsstellung des Vaters
keine Angabe zur Ausbildung des Vaters
Vater abwesend
Mutter alleinstehend
Mutter 20-25 Jahre
Mutter berufstätig
Kind unehelich geboren
Kind ohne die Eltern aufwachsend

Zusammen: mit Identitätskrise auftretend.

ENTWICKLUNGSRÜCKSTAND, psychogener

Annäherungsweise fanden sich die gleichen Umweltgegebenheiten wie beim Syndrom der Bindungslosigkeit. Bei der geringen Anzahl der

Symptome wurde auf eine Berechnung der Beziehungen mit der Chi-Quadrat-Methode verzichtet.

Ein Blick auf die Durchschnittsalter der beiden Symptome (Entwicklungsrückstand 6,6 Jahre und Bindungslosigkeit 12,1 Jahre) verdeutlicht die Phasenbezogenheit der Art der Verhaltensstörungen bei ungefähr gleichen pathogenen oder pathoplastischen Faktoren.

Unter dem Syndrom der Bindungslosigkeit begreifen wir nach DESTUNIS vor allem die Symptomentrias Lügen, Stehlen, Schuleschwänzen und Streunen, die bei anderen Autoren auch als Verwahrlosungserscheinungen bezeichnet werden (DÜHRSSSEN, WIESENHÜTTER u.a.).

Die Verflachung der affektiven Beziehungen, die der Symptomatik zugrunde liegt, wird bei DESTUNIS auf Heimerziehung, häufigen Milieuwechsel und auf die Vaterlosigkeit zurückgeführt. Ein großer Prozentsatz der von BOWLBY untersuchten kriminellen Jugendlichen, wuchs in gestörten familiären Verhältnissen auf. Das heißt, es zeigten sich bei ihnen die Folgen eines Hospitalismus, da sie während der ersten drei Lebensjahre getrennt von ihrer Mutter in Heimen versorgt wurden; sie waren kontakt- und gefühlsarm. HARNACK, der unter den Verwahrlosungserscheinungen die Symptome Stehlen, Aggressivität und Brutalität, sowie Fortlaufen und Schuleschwänzen zusammenfaßte, beobachtete eine Häufung bei Kindern aus der sozialen Unterschicht.

Dieses Ergebnis konnte in unserer Arbeit nicht bestätigt werden. Dafür konnten die Abhängigkeit von ausgesprochen geschädigten Familienverhältnissen wahrscheinlich gemacht werden, besonders Heimkinder tendieren zu dieser Verhaltensstörung in ihrem späteren Leben.

Nach SPITZ können die ersten Objektbeziehungen, die als Vorbild für alle zwischenmenschlichen Beziehungen des Erwachsenen gelten dürfen, nur in einer Atmosphäre gleichmäßiger, affektiv getönter Zuwendung der Umwelt, deren Repräsentantin die Mutter darstellt,

entstehen. Eine emotionale Minderversorgung während der frühesten Kindheit, sei es als gestörte Beziehung oder als Entzug der affektiven Zufuhr durch die Mutter, bleibt nie ohne Auswirkung auf die seelische Struktur des Kindes und kann im Sinne eines locus minoris resistentiae spätere Verhaltensstörungen begünstigen. Am schwersten betroffen sind davon die Heimkinder, "sie hatten niemals Gelegenheit, dauerhafte libidinöse Beziehungen zu erleben und das anaklitische Liebesobjekt zu konstituieren". Sie sind unfähig, "die verwickelten und vielfältig getönten Bande der Beziehungen zu verstehen", die sie nie knüpfen konnten. Das setzt sich fort in die Trostlosigkeit der sozialen Beziehungen als Heranwachsende (SPITZ, 173).

A. FREUD betont die Bedeutung der Beziehung von Trieb- und Ichstärke zueinander, jede Änderung bedeutet eine Gefahr für die ungesicherte soziale Einstellung des Kindes. Quantitative Schwankungen zwischen beiden gehören zu ihrem normalen Entwicklungsschicksal. Sie lehnt die Meinung vieler Autoren ab, die ein Mißlingen der sozialen Anpassung der Hartnäckigkeit infantiler Aggression zuschreiben. Entscheidend ist ihrer Ansicht nach die Aufrechterhaltung der Mischung der Libido und Aggression; nur wo diese nicht zustande kommt, erhält die Aggression das Übergewicht. Die Gründe für eine Entmischung liegen aber mehr auf der Seite der Libidoentwicklung. Wenn diese zurückbleibt oder durch Enttäuschung am Objekt oder Trennung vom Objekt geschädigt wird, kann die Libido die Aggression nicht mehr binden. Einen Gefahrenpunkt dieser Entwicklung stellt die anal-sadistische Phase dar, in der sich häufig die aggressiven Regungen der Libido entziehen und als reine Destruktion teils gegen die Außenwelt, teils gegen die eigene Person wenden. Wo die Fusion zwischen Aggression und Libido sich nicht durch neue geglückte Objektbindungen wiederherstellt, führt der weitere Entwicklungsweg zur Verwahrlosung und Kriminalität.

WIESENHÜTTER schenkt der Vaterlosigkeit besondere Beachtung. In der Präpubertät suchen bisher ohne Vater oder mit einer Vaterer-

satzfigur aufgewachsene Jugendliche nach dem wahren Vater. Von der Vatergestalt ist die Über-Ich- und Gewissensbildung entscheidend mitbestimmt. Die reifungsbedingte Steigerung der inneren Triebkräfte, die durch mangelnde um- und mitweltliche Bindungen nicht gebremst werden, setzen sich in motorischer Bewegung um, die dann leicht zu neurotischem Streuen führt.

Daß die Identitätskrise gehäuft mit dem Syndrom der Bindungslosigkeit zusammen bei einem Kind anzutreffen ist, verdeutlicht die Problematik der Identitätsfindung bei vaterlos bzw. elternlos erzogenen Kindern.

IDENTITÄTSKRISE

Häufiger: keine Angabe über Berufsstellung und Ausbildung des Vaters

Vater freie akademische Berufe

Vater Universität

Mutter Abitur oder höherer Ausbildungsgrad

obere Mittelschicht mit Oberschicht

Vater länger als 6 Monate abwesend

schlechte Wohnverhältnisse

Stilldauer länger als 4 Monate

Seltener: Vater Volksschule mit oder ohne Lehre

Mutter Volksschule mit oder ohne Lehre

Mutter 17-22 Jahre

(Häufiger: Mutter alleinstehend)

Zusammen mit dem Syndrom der Bindungslosigkeit auftretend.

Im Vergleich zu dem Syndrom der Bindungslosigkeit besteht hier ein etwas höheres Durchschnittsalter (13,1 Jahre), 65 % sind männlichen Geschlechts.

Überblickt man die Hinweise für eine Abhängigkeit des Symptoms von den Merkmalsausprägungen, so fällt die Zweiteilung in der Beziehung zur sozialen Schicht auf. Man darf wohl davon ausgehen,

daß dies durch den Zusammenhang mit der Bindungslosigkeit bedingt ist. Ebenso wie dort findet sich gehäuft keine Angabe zur Stellung im Beruf des Vaters und zu seiner Ausbildung, auch ist die Mutter häufiger alleinstehend.

Als spezifisch für die Identitätskrise darf man die Beziehung zur oberen Mittelschicht mit Oberschicht und, entsprechend zur höheren Ausbildung beider Elternteile, die lange Stilldauer und die schlechten Wohnverhältnisse annehmen, sowie, daß der Vater öfter länger als 6 Monate von zu Hause abwesend war. Auffällig ist, daß sich keine Hinweise für eine Beziehung zur unehelichen Geburt des Kindes, und vor allem zu einem Heimaufenthalt fanden.

An dem relativ hohen Durchschnittsalter der Kinder ist zu erkennen, daß es sich um eine von der Reifungskrise abhängige Symptomatik handelt. Die Identität als Summe aller Identifizierungen im Verlaufe der Entwicklung des Kindes manifestiert sich erst in der Zeit der Adoleszenz. Sie beinhaltet damit die Entwicklungskrisen der frühen Kindheit.

In der Zeit der Pubertät muß jeder seine Rolle in der Gesellschaft suchen.

Eine hervorragende Bedeutung gewinnt dabei das Problem der Intimität gegenüber der Distanz zum anderen Menschen. In einer "intimen" Beziehung werden die höchsten Anforderungen an die eigene Identität gestellt. Es muß der Weg zwischen einer nichtssagenden unpersönlichen Beziehung und einer doch noch den eigenen Wert bewahrenden Beziehung gefunden werden. Als pathologische Entwicklung muß sowohl der dauernde Wechsel von Bindung zu Bindung, als auch das nicht zu erfüllende Streben nach einem unerreichbaren Vorbild angesehen werden. Als Reaktion bildet sich im ersten Fall ein resignierendes und endlich isoliertes Verhalten heraus und im zweiten Fall dominiert das Gefühl der Unfähigkeit, des Unbefriedigtseins, das zur Initiativelosigkeit führen kann.

Im Mittelpunkt der Identitätskrise scheint die fehlende Identifikationsmöglichkeit mit dem Vater zu stehen, unabhängig davon, ob

der Vater aus eigener Schuld oder weil er beruflich bzw. im Krieg oder nach dem Krieg nicht zu Hause weilen konnte. Für diese Annahme sprechen die Interkorrelation von schlechten Wohnverhältnissen und Abwesenheit des Vaters, die eventuell dafür verantwortlich ist, daß die an sich zwischen Arbeitern und schlechten Wohnverhältnissen bestehende Interkorrelation hier nicht relevant ist. Bei einem durchschnittlichen Alter von 13,1 J., das nach dem Zurückrechnen von dem mittleren Jahr der Erhebung (1963), immerhin noch auf die Zeit nach dem Krieg hinweist (1950), darf mit einem Überschneiden mit den damals herrschenden Problemen gerechnet werden. Das heißt, sowohl die Abwesenheit des Vaters aus beruflichen und auch aus Kriegsfolgegründen, als auch die schlechten Wohnverhältnisse bei an sich doch gehobener sozialer Position bedingen einander.

Im Gegensatz zum Syndrom der Bindungslosigkeit steht nicht so sehr die allgemeine Zerrüttung der familiären Situation im Vordergrund, sondern isoliert die Abwesenheit des Vaters. Darin dürfte auch der Grund für die Anzeichen einer engen Mutter-Kind-Beziehung (überlange Stilldauer) zu suchen sein.

Schon bei der allgemeinen Besprechung der Wirksamkeit allzu langer Stillzeit auf die Art der Verhaltensstörungen wurde von einer symbiotischen Mutter-Kindbindung gesprochen. Normalerweise wird diese im Ablauf des zweiten Lebensjahres als Zeichen der kulturellen Entwicklung des Kindes aufgegeben (BIERMANN, 23). Spätestens in der Pubertät muß sich die Mutter-Kind-Beziehung entscheiden. Hier muß die Ich-Findung des jungen Menschen stattfinden. Gelingt dies nicht, so haben wir den Jugendlichen mit labilem Selbstwertgefühl vor uns, der unfähig ist, das Eltern-Idealbild in Frage zu stellen, und ungebrochen über Pubertät und Adoleszentenalter hinaus symbiotisch im Einssein mit der Mutter verharret (MITSCHERLICH, A. und MITSCHERLICH, M.). Auch LANDOLF glaubt, daß eine Lösung von der Mutter in dieser Phase von vaterlosen Kindern umso schwerer vollzogen werden kann, je länger sie ohne Vater aufwachsen, "weil Autonomie, Initiativstreben, Lei-

stungsbereitschaft aber auch entlastende Bindungen an Altersgenossen ungenügend entwickelt sein dürften". Dem entsprechend weisen sie meist weitere Realitätsverleugnungen in ihren übrigen Umweltbeziehungen auf, bis zum Bild der Identitätsdiffusion (ERIKSON).

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Aus den Anamnesen der Psychosomatischen Beratungsstelle wurden Milieufaktoren der frühesten Kindheit von 1195 verhaltensgestörten Kindern erhoben und zu der Art der Verhaltensstörung in Beziehung gesetzt.

Das Ziel der Untersuchung lag darin, Einflüsse der Umgebungsfaktoren dieser Entwicklungsphase auf die Symptomatik zu erkennen. Dabei wurde im ersten Teil von vorneherein festgelegten Fragestellungen ausgehend die Abhängigkeit der Symptome insgesamt von den einzelnen Sozialfaktoren statistisch geprüft und im zweiten Teil Hinweise für Beziehungen eines bestimmter Symptoms zu einer bestimmten Faktorenstufe gesucht.

Für dieses Beobachtungsmaterial kann als statistisch gesichert gelten, daß eine Abhängigkeit der Art der Verhaltensstörungen von der sozialen Schicht der Eltern, der Familiensituation einschließlich der Geschwisterposition und Stilltätigkeit besteht.

Bei allen Merkmalen, welche die soziale Schicht umschreiben, wurden statistisch gut gesicherte Beziehungen errechnet. Zur Deutung wurden die Ergebnisse von psychologischen Untersuchungen herangezogen, die eine in sozialen Schichten differierende Erziehungsmethode und daraus resultierend unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen verifizieren konnten. Die Häufung psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern aus der unteren Sozialschicht stimmt mit den amerikanischen Forschungen überein, die eine unterschiedliche

Verteilung der psychiatrischen Erkrankungen bei Erwachsenen fanden.

Unter den Faktoren der Familiensituation sind die Bedeutung der Abwesenheit des Vaters und der Geschwisterposition zu unterstreichen. Vaterlos aufwachsende Kinder zeigten vermehrt seelische Fehlhaltungen, das wurde mit den Verhältnissen in der Umwelt der Kinder bei dem Syndrom der Bindungslosigkeit und der Identitätskrise erklärt, seelische Fehlhaltungen, welche reifungsbedingt in der Präpubertät, Pubertät und Adoleszenz bei diesen Kindern auftraten. Die psychische Struktur der ältesten Kinder: ein starkes Über-Ich bei Angst vor Versagen und insgesamt eine passive Einstellung wurden als begünstigend für die Schulschwierigkeiten, Hemmungen und Angstsymptome angesehen, seelische Fehlhaltungen, die öfter bei ersten Kindern anzutreffen waren.

Da diese Untersuchung eine Aussage über den Einfluß der Milieugegebenheiten der frühesten Kindheit machen soll, wird die Beziehung zwischen Stilltätigkeit und Verhaltensstörungen als wertvolles Ergebnis hervorgehoben. Daß seelische Fehlhaltungen vermehrt bei Kindern anzutreffen waren, welche länger als 8 Monate gestillt wurden, wurde als Folge einer symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung gedeutet, die besonders bei alleinstehenden Müttern anzutreffen ist.

Hinweise hierfür ergaben sich bei der Identitätskrise, welche bei vaterlosen Kindern häufig auftrat, und zwar bei Kindern, welche länger gestillt worden waren. Denkbar wären auch die Einflußnahme auf Schulschwierigkeiten im Sinne einer Schulphobie und auf Angstsymptome.

Von den im zweiten Teil der Arbeit gefundenen Hinweisen für neue Hypothesenbildungen sollen nur die interessantesten kurz erwähnt werden. Enuresis trat bei Kindern aus der sozialen Unterschicht und bei Kindern, die in der Geschwisterreihe geboren wurden, häufig auf. Asthmakinder stammten vermehrt aus der unteren Mittelschicht, speziell von einfachen Angestellten. Unter Fettsucht

litten gehäuft Kinder aus Arbeiterfamilien und Kinder von einfachen Selbständigen.

Deutlich gestörte Familienverhältnisse, auch in Folge einer Heimerbringung, sahen wir bei dem Syndrom der Bindungslosigkeit. Eine Identitätskrise entsteht offensichtlich vor allem bei vaterlos aufgezogenen Kindern.

Zusammenfassend konnten deutliche statistische Beziehungen zwischen Milieufaktoren und der Art der Verhaltensstörungen gefunden werden. Inwieweit diese auf den spezifischen Einwirkungen in der frühesten Kindheit beruhen, kann nur durch longitudinale Untersuchungen gesichert werden.

VIII. LITERATUR

1. ADLER, A.: Studie über Minderwertigkeit von Organen, 8. Aufl., Bergmann, Wien 1927
2. ADORNO, Th. und W. DIRKS: Sociologica (Horkheimerfestschrift), Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1955
3. AICHHORN, A.: Verwahrloste Jugend, 5. Aufl., Huber, Bern-Stuttgart 1965
4. AINSWORTH, M.D.: Deprivation of maternal care, WHO Public Health paper No. 14, Geneva 1962
5. ALBRECHT, H.: Motorische Unruhe im Kindesalter, Z. Kinderpsychiatr. 19:145, 181 (1952)
6. ALBRECHT, H. und H. HOFFMANN: Enkopresis im Kindesalter, Nervenarzt 21:271 (1950)
7. ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin, de Gruyter, Berlin 1951
8. BALINT, A.: Psychoanalyse der frühen Lebensjahre, 2. Aufl., Reinhardt, München-Basel 1966
9. BALLS, J.: Kinder ohne Liebe, Reinhardt, München-Basel 1968
10. BALLY, G.: Zur Soziologie der Ehe- und Familienkrisen, Schweiz. Z. Psychol. 7:286 (1948)
11. BECK, S. und R. LEMPP: Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe für Entstehung und Art psychoreaktiver Störungen, Z. Psychother. med. Psychol. 1965:146
12. BENEDICT, R.: Urformen der Kultur, Rowohlt, Hamburg 1955
13. BENNHOLDT-THOMSEN, C.: Das Kind in der Zivilisation, Münch. med. Wschr. 99:505 (1957)
14. BIERMANN, G.: Einkotende Kinder, Psyche V:618 (1951)
15. BIERMANN, G.: Erbrechen und Nabelkoliken, Psyche IX:453, 537 (1955)
16. BIERMANN, G.: Wege zur Jugendkriminalität, in: Köln. Z. Soziol. Sonderh. 2, Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen (1957)
17. BIERMANN, G.: Psychosomatische Krankheitsbilder im Jugendalter, Prax. Kinderpsychol. 10:207 (1961)
18. BIERMANN, G.: Das Vaterproblem in unserer Gesellschaft, Unsere Jugend 13:452 (1961)

19. BIERMANN, G.: Biographische Anamnese und Beratungssituation in ihrer Bedeutung für Diagnose, Prognose und Therapie neurotischer und psychosomatischer Störungen im Kinder- und Jugendalter, Z. Kinderheilk. 86:257 (1962)
20. BIERMANN, G.: Die Rolle des Vaters in der Erziehungsberatung, Prax. Kinderpsychol. 12:238 (1963)
21. BIERMANN, G.: Diagnostische und therapeutische Ergebnisse und Probleme, aus: Die Tätigkeit der Psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Universitäts-Kinderpoliklinik München, Prax. Kinderpsychol. 12, 238 (1963)
22. BIERMANN, G.: 2. Tätigkeitsbericht der Psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Universitäts-Kinderpoliklinik München 1955-1961, im Selbstverlag 1962
23. BIERMANN, G.: Symbiotische Mutter-Kind-Beziehungen, Psyche XXIV:875 (1968)
24. BIERMANN, G.: Psychosomatik des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter, Prax. Kinderpsychol. 18:33 (1969)
25. BIERMANN, G.: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Reinhardt, München-Basel 1969 (Hrsg.)
26. BINDER, H.: Die uneheliche Mutterschaft, Huber, Bern 1941
27. BIRNBAUM, K.: Soziologie der Neurosen, Arch. Psychiatr. 99:133 (1933)
28. BLECKMANN, K.H. und Th. HEVELING: Tätigkeitsbericht der Erziehungsberatungsstelle Dinslaken, Prax. Kinderpsychol. 11:224 (1962)
29. de BOOR, C.: Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale, Huber/Klett, Bern/Stuttgart 1965
30. BOSSARD, J. und E. BOLL: The sociology of child development, Harper Bros., New York 1948
31. BOWLBY, J.: Maternal care and mental health, WHO Monograph, No. 2, Genf 1951
32. BOWLBY, J.: Die Trennungsangst, Psyche XV:411 (1960)
33. BRONFENBRENNER, U.: Socialization and social class through time and space, in Maccoby u.a.: Readings in social psychology, New York 1958

34. BRUCH, H.: The psychology of obesity, Cincinnati J. Med. 31:273 (1950)
35. BRUCH, H.: Transformation of oral impulses in eating disorders, Psychiatr. Quart. 35:358 (1961)
36. BRUGGER, C.: Psychiatr. Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung, Zschr. Neurologie, 146:48 (1933)
37. BUCKLE, D. et.al.: Aspects of Family Mental Health in Europe, WHO, Genf 1965
38. BÜHLER, Ch.: Kindheit und Jugend, S. Hirzel, Leipzig 1932
39. BÜHLER, Ch.: Psychologie im Leben unserer Zeit, Knaur, München-Zürich 1962
40. BÜHLER, K.: Abriß der Entwicklung des Kleinkindes, 8. Aufl., Quelle u. Meyer, Heidelberg 1958
41. BUSEMANN, A.: Krisenjahre im Ablauf der menschlichen Jugend, Henn, Ratingen 1953
42. CHRISTOFFEL, H.: Trieb und Kultur, Schwabe, Basel 1944
43. CLAESSENS, D.: Familie und Wertsystem, Dunck u. Humblot, Berlin 1962
44. COERPER, C., W. HAGEN und H. THOMAE: Deutsche Nachkriegskinder, Thieme, Stuttgart 1954
45. CREMERIUS, J., S. EHLHARDT u.a.: Psychosomatik im Rahmen einer medizinischen Poliklinik, Münch. med. Wschr. 96:185 (1954)
46. DAVIDSON, M.: Einige Untersuchungsergebnisse über psychologische Störungen bei Kindern, Prax. Kinderpsychol. 10:273 (1962)
47. DECHENE, H.: Geschwisterkonstellation und psychische Fehlentwicklung, Barth, München 1967
48. DELIUS, L.: Psychovegetative Syndrome, Thieme, Stuttgart 1966
49. DESTUNIS, G.: Die Schwererziehbarkeit und die Neurosen des Kindesalters, Enke, Stuttgart 1961
50. Documenta Geigy: Wissenschaftliche Tabellen, Basel 1960
51. DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes, Columbia Univ. Pr., New York 1954
52. DÜHRSEN, A.: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung, Verlag f. med. Psychologie, Göttingen 1958

53. DÜHRSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, 3. Aufl., Verlag f. med. Psychologie 1960
54. DÜHRSEN, A.: Psychiatrische Aspekte zur Familiensoziologie, in: König, R. u. Tönnemann, M. Probleme der Medizin-Soziologie, Köln. Z. Soziol. Sonderh. 3 (1965)
55. ECKSTEIN, L.: Pädagogische Situationen im Lichte der Erziehungsberatung, Huber/Klett, Bern/Stuttgart 1962
56. EIBL-EIBESFELDT, I.: Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung, Piper, München 1967
57. ERDMANN, E.: Jahresbericht der Erziehungsberatungsstelle Eßlingen a.N., Prax. Kinderpsychol. 11:150 (1962)
58. ERIKSON, E.: Kindheit und Gesellschaft, Klett, Stuttgart 1965
59. ERIKSON, E.: Das Problem der Identität, Psyche X:114 (1956/57)
60. EWERBECK, H.: Der Säugling, Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1962
61. FAERBER, K.P.: Die Bedeutung der Wohnverhältnisse für die Erkrankungshäufigkeit des Säuglings, Öff. Gesd. 14:425 (1953)
62. FERNAU-HORN, H.: Die Sprechneurosen, Hippokrates, Stuttgart 1969
63. FÖLLMER, W. und M. ROTHE: Das Schicksal des Kindes nach unehelicher Geburt, Dtsch. med. Wschr. 1955:1141
64. FRANKL, V., Frhr. V. v. GEBSATTEL, J.H. SCHULTZ: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Urban u. Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1959
65. FREEDMANN, L. und A. HOLLINGSHEAD: Neurosis and social class, Am. J. Psychiatr. 113:769 (1957)
66. FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen, Kinder, München 1964
67. FREUD, A.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Huber/Klett, Bern/Stuttgart 1968
68. FREUD, A. und D. BURLINGHAM: Anstaltskinder, Imago, London 1950
69. FREUD, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, S. Fischer, Frankfurt/M. 1969

70. FREUDENBERG, K.: Grundriß der medizinischen Statistik, Schattauer, Stuttgart 1962
71. FREUDENBERG, K.: Soziale Einflüsse auf die Säuglingssterblichkeit, Ärztl. Mitt. 1956:444
72. FRIED, M.L.: Soziale Schichtung und psychische Erkrankung, in: König, R. u. Tönnemann, M. Probleme der Medizin-Soziologie, Köln. Z. f. Soziol., Sonderh. 3 (1965)
73. FRIEDEBURG, L.v.: Jugend in der modernen Gesellschaft, Köln/Berlin 1965
74. FRIEDJUNG, K.G.: Pathologie des einzigen Kindes, Erg. inn. Med. 17:23 (1919)
75. FÜRSTENAU, P.: Soziologie der Kindheit, Quelle u. Meyer, Heidelberg 1967
76. GEDDA, E.: Des cas notés de troubles de conduite nerveux chez des élèves dans la période commancante d'un district scolaire de Göteborg, Acta paediat. 35:49 (1948)
77. GESELL, A.: Säugling und Kleinkind in der Kultur der Gegenwart, Christian, Bad Nauheim 1952
78. GLASS, D. und R. KÖNIG: Soziale Schichtung und Mobilität, Köln. Z. Soziol. Sonderh. 5, Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1965
79. GÖRRES, A.: Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin, Steiner, Wiesbaden 1964
80. GREEN, A.W.: The middle-class male child and neurosis, Am. sociol. Rev. 11:31 (1940)
81. GRAEFE, O.: Zur Klassifizierung kindlicher Verhaltensstörungen, Schule und Psychologie, 3:13 (1956)
82. GROTH, S.: Kinder ohne Familie, Juventa, München 1961
83. HAFFTER, C.: Kinder aus geschiedenen Ehen, Huber, Bern 1948
84. HAGEN, W.: Die Säuglingssterblichkeit ihre regionäre und soziale Verschiedenheit, Ärztl. Mitt. 1956:450
85. HARDTMANN, G.: Vaterlosigkeit u. Delinquenz, Vortrag gehalten bei der Jahrestagung der deutschen Vereinigung f. Jugendpsychiatrie am 7.6. 1969 in Regensburg
86. HARNACK, G.-A.: Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen, Karger, Basel/New York 1953

87. HARNACK, G.-A.: Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind, Thieme, Stuttgart 1958
88. HARLOW, H. und M. HARLOW: Social deprivation in monkeys, Scientific American, 1962:207
89. HARLOW, H. und M. HARLOW: Reifungsfaktoren im sozialen Verhalten, Psyche XXI:193 (1967)
90. HARTUNG, K. und H. GLATTKOWSKI: Erhebungen über Aufenthaltsdauer und Gründe, die zur Heimaufnahme von Säuglingen führen, Prax. Kinderpsychol. 14:241, 297 (1965)
91. HASELOFF, O.W. und H. HOFFMANN: Kleines Lehrbuch der Statistik, 2. Aufl., de Gruyter, Berlin 1965
92. HAU, T.F.: Strukturwandel der Neurosen Jugendlicher nach dem Kriege, Wien. med. Wschr. 12 (1965)
93. HAU, T.F. und A. RÜPPEL: Zur Familienkonstellation bei psychosomatisch Erkrankten, Z. Psychother. u. med. Psychol. 1966:211
94. HELLBRÜGGE, Th.: Kindliche Entwicklung und Sozialumwelt, Don Bosco, München 1964
95. HEGG, J.J.: Neurosen des Kindes und des Jugendalters und soziale Umwelt, Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psychiatrie 98:166 (1966)
96. HERZKA, H.: Das Gesicht des Säuglings, Schwabe, Stuttgart/Basel 1965
97. HERZKA, H.: Die Sprache des Säuglings, Schwabe, Stuttgart/Basel 1967
98. HETZER, H.: Kind und Jugendlicher in der Entwicklung, 4. Aufl., Schroedel, Hannover 1956
99. HEUBNER, H.: Über die Abnahme der Stilltätigkeit nach dem 2. Weltkrieg, Inaug. Dissert. München 1961
100. HOLLINGSHEAD, A. und F. REDLICH: Social class and mental illness, J. Wiley and Sons, New York 1958
101. HORKHEIMER, M.: (Hrsg.) Studien über Autorität und Familie, Paris 1936
102. HORNEY, K.: Der neurotische Mensch in unserer Zeit, Kindler, München 1964
103. HUBER, E.: Persönlichkeitsuntersuchungen an fett-süchtigen Kindern, Neue öst. Z. Kinderheilk. 2:186 (1957)

104. HUBER, E.: Zur Genese der kindlichen Fettsucht, Wien. med. Wschr. 1961:367
105. JESDINSKY, H.: Einige Chi-Quadrat-tests zur Hypothesenprüfung bei Kontingenztafeln, Methodik der Information in der Medizin 7:187 (1968)
106. JORES, A.: Vom kranken Menschen, Thieme, Stuttgart 1960
107. JORES, A. und M. v. KÉREKJÁRTÓ: Der Asthmatiker, Huber, Stuttgart 1967
108. JUEL-NIELSEN, N.: On psychogenic obesity in children, Acta paediat. 42:130 (1953)
109. KARDINER, A.: The individual and his society, New York 1961
110. KEMPER, W.: Bettnässerleiden, 2. erweit. Aufl., Reinhardt, München/Basel 1969
111. KIRCHHOFF, H. und B. PIETROWICZ: Kontaktgestörte Kinder, Karger, Basel/New York 1961
112. KÖNIG, R. und M. TÖNNESMANN: Probleme der Medizin-Soziologie, Köln. Z. Soziol., Sonderh. 3, 3. Aufl., Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1965
113. KOHN, M.: Social class and parent-child-relationships, Am. J. Sociol. 68:471 (1963)
114. KREBS, H. und A. MILER: Zur Problematik der Verhaltensinformation im Kindesalter, Prax. Kinderpsychol. 16:241 (1967)
115. KREVELEN, D., v.: Die Psychoneurose des einzigen Kindes, Z. Kinderpsychiat. 16:43 (1949)
116. KÜNZEL, E.: Familiensituation und neurotische Verwahrlosung, Prax. Kinderpsychol. 15:284 (1966)
117. KÜNZLER, E.: Über die Möglichkeit einer Zusammenarbeit von Ethologie und Psychoanalyse, Psyche XXI:166 (1967)
118. LANDOLF, P.: Kind ohne Vater, Huber, Bern/Stuttgart 1968
119. LEMPP, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurosen, Huber, Bern/Stuttgart 1964
120. LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung, Huber, Bern/Stuttgart 1967
121. LEYHAUSEN, P. und K. LORENZ: Antriebe tierischen und menschlichen Verhaltens, Piper, München 1968
122. LOCH, W.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse, S. Hirzel, Stuttgart 1967

123. LOOSLI-USTERI, M.: Die Angst des Kindes, Huber, Bern 1948
124. LORENZ, K.: Das sogenannte Böse, Borotha-Schoeler, Wien 1963
125. MATZUTT, M.: Tätigkeitsbericht 1964 der katholischen Erziehungsberatungsstelle Köln, Prax. Kinderpsychol. 14:62 (1965)
126. MEAD, M.: Geschlecht und Temperament in primitiven Gesellschaften, Rowohlt, Hamburg 1959
127. MEAD, M.: Leben in der Südsee, Sczesny, München 1965
128. MEIERHOFER, M. und W. KELLER: Frustration im frühen Kindesalter, Huber, Bern/Stuttgart 1966
129. MERGUET, L.: Arbeits- und Erfahrungsbericht der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Bielefeld 1958, 1960, 1961 u. 1964, Prax. Kinderpsychol. 8:96 (1959), 10:100 (1961), 11:78 (1962) u. 14:164 (1965)
130. MEYER, A.-E.: Der psychoanalytische Dialog: seine methodischen Determinanten und seine grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen, Med. Welt 1962:2439
131. MEYER, A.-E.: Grundsätzliche Möglichkeiten außerhalb des psychoanalytischen Dialoges zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen, Med. Welt 1962:2513
132. MITSCHERLICH, A.: Die Bedeutung der Enuresis, Med. Klin. 42:11 (1947)
133. MITSCHERLICH, A.: Auf dem Weg zu vaterlosen Gesellschaft, Piper, München 1963
134. MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin I u. II, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1966 u. 1967
135. MITSCHERLICH, A. und M. MITSCHERLICH: Die Unfähigkeit zu trauern, Piper, München 1968
136. MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aufbau, Funktion und Arbeitsergebnisse (für das Jahr 1961) einer kinderpsychiatrischen Abteilung, Prax. Kinderpsychol. 11:167 (1962)
137. NETER, E.: Das einzige Kind und seine Erziehung, München 1914
138. NEUPERT, S.: Arbeits- und Erfahrungsbericht der Erziehungsberatungsstelle für Kinder und Jugendliche, Nürnberg 1958/59, Prax. Kinderpsychol. 9:95 (1960)

139. OCKEL, H.: Entwicklung und Tätigkeit des Psychotherapeutischen Instituts und der Erziehungsberatungsstelle in Hannover, Prax. Kinderpsychol. 11:207 (1962)
140. OCKEL, H.: Zur Formulierung der Diagnose bei Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter, Prax. Kinderpsychol. 13:221 (1964)
141. PARSONS, T.: Social structure and personality, Collier-Macmillan, London 1964
142. PARSONS, T.: Beiträge zur soziologischen Theorie, Luchterhand, Neuwied 1964
143. PAUKA, K.: Zur Frage der Ätiologie der Sprachstörungen, Prax. Kinderpsychol. 13:186, 263 (1964)
144. PEIPER, A.: Das Verhalten des Säuglings, Prax. Kinderpsychol. 12:49 (1963)
145. PFAUNDLER, M., v.: Bekämpfung der Ansteckung in Kleinkinderanstalten, Springer, Berlin 1931
146. PFLANZ, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen, Fortschr. Neurol. 28:472 (1960)
147. PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit, Enke, Stuttgart 1962
148. PORTMANN, A.: Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen, Schwabe, Basel/New York 1951
149. RANK, Th.: Schulleistung und Persönlichkeit, Barth, München 1962
150. REICH, W.: Die seelischen Erkrankungen als soziales Problem, Der sozialistische Arzt 7:111, 161 (1931)
151. RENNIE, T. und L. SROLE: Social class prevalence and distribution of psychosomatic conditions in an urban population, Psychomat. Med. 18:449 (1956)
152. RICHTER, H.-E.: Die Bedeutung der frühen Kindheit, Mschr. Kinderheilk. 112:490 (1960)
153. RICHTER, H.-E.: Eltern, Kind und Neurose, Klett, Stuttgart 1963
154. RICHTER, K.: Über Anlagefaktoren im EEG, Fortschr. Neurol. 28:333 (1960)
155. ROBERTSON, J.: Young children in hospital, Tavistock Publication, London 1958
156. SAND, E.: Le regime alimentaire du nourrisson, son sevrage, Courrier, Paris 1961

157. SCHACHTER, M. und COTTE: Les enfants enurétiques, Z. Kinderpsychiat. 2:102 (1941)
158. SCHELSKY, H.: Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart, 2. Aufl., Enke, Stuttgart 1954
159. SCHEUCH, E.: Sozialprestige und soziale Schichtung, in: Soziale Schichtung und soziale Mobilität, Köln. Z. Soziol., Sonderh. 5, 2. Aufl., Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1965
160. SCHMALOHR, E.: Folgen früher sozialer Isolierung bei Tier und Mensch, Prax. Kinderpsychol. 15:242 (1966)
161. SCHMEER, G. und KLÜWER, K.: Vorschlag eines Anamnesenschemas zur praktischen und wissenschaftlichen Beurteilung von Kinderneurosen, Prax. Kinderpsychol. 4:193 (1955)
162. SCHMIDT und MEITINGER: Verhaltensstörungen und Geschwisterposition, in: Concilium Paedopsychiatricum, Karger, Basel/New York 1968
163. SCHNEER, H.: The asthmatic child, Hoeber, Med. Div. Harper & Row, New York 1963
164. SCHRAML, W.: Zum Problem der frühen Mutter Kind Trennung, Prax. Kinderpsychol. 3:243 (1954)
165. SCHOTTLAENDER, F.: Die Mutter als Schicksal, 2. Aufl., Klett, Stuttgart 1947
166. SCHWIDDER, W.: Zur poliklinischen Behandlung psychogener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters, Prax. Kinderpsychol. 1:33 (1952)
167. SCHWIDDER, W.: Charakterstörungen und neurotische Symptomatik im Jugendalter, Prax. Kinderpsychol. 10:202 (1961)
168. SCHWIDDER, W.: Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung, Beiheft 5 zur Prax. Kinderpsychol., Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen 1962
169. SCHWIDDER, W.: Zur Bedeutung des Vaters bei der Entstehung und Behandlung von Neurosen, Prax. Kinderpsychol. 16:193 (1967)
170. SPECK, O.: Kinder erwerbstätiger Mütter, Enke, Stuttgart 1956

171. SPITZ, R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, 2. Aufl., Klett, Stuttgart 1960
172. SPITZ, R.: Nein und Ja, Klett, Stuttgart 1960
173. SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind, Klett, Stuttgart 1967
174. STAEHELIN, B.: Allergie in psychosomatischer und soziologischer Sicht, Thieme, Stuttgart 1961
175. Statistisches Handbuch der Landeshauptstadt München 1964
176. Statistisches Jahrbuch für Bayern 1952
177. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1953 u. 1963
178. STAMPFLI, L.: Die unvollständige Familie, Regio, Zürich 1951
179. THOMAE, H.: Entwicklung und Prägung, in: Handbuch der Psychologie 3, Hogrefe, Göttingen 1959
180. TOMAN, W.: Familienkonstellationen, 2. Aufl., Beck, München 1965
181. UEXKÜLL, Th., v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Rowohlt, Hamburg 1963
182. WEBER, E.: Psychiatr. Durchmusterung der Schulkinder eines kant.-bernischen Schulkreises, Mschr. Psychiatr. Neurol. 124:22 (1952)
183. WEBER, E.: Grundriß der biologischen Statistik, 6. Aufl., Fischer, Stuttgart 1967
184. WEIDEMANN, J.: Das Kind im Heim, Z. Kinderpsychiat. 26:77 (1959)
185. WEIZSÄCKER, V., v.: Körpergeschehen und Neurose, Enke, Stuttgart 1947
186. WIESENHÜTTER, E.: Entwicklung und Reifung von Neurosen, Enke, Stuttgart 1958
187. WIESENHÜTTER, E.: Soziologie der Neurosen, in: Frankl, V., v., Gebattel u.a. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1959
188. WINKLER, R., A. RÜPPEL und T. HAU: Vergleichende Untersuchung frühkindlicher Daten und der Symptomatik bei psychosomatisch erkrankten Jugendlichen der Geburtsjahrgänge der Vorkriegs- und Nachkriegszeit, Prax. Kinderpsychol. 16:293 (1967)

189. WURZBACHER, G.: Leitbilder gegenwärtigen deutschen Familienlebens, 3. Aufl., Enke, Stuttgart 1958
190. WYSS, D.: Die tiefenpsychologischen Schulen von ihren Anfängen bis zur Gegenwart, Hogrefe, Göttingen 1961
191. ZULLIGER, H.: Horde, Bande, Gemeinschaft, Klett, Stuttgart 1961
192. ZULLIGER, H.: Die Angst unserer Kinder, Klett, Stuttgart 1966

Herrn Privatdozent Dr. Gerd Biermann danke ich für die Anregung des Themas und die ständige Förderung der Arbeit sehr herzlich.

Für die statistische Auswertung habe ich zunächst Herrn Dr. med. R. Thurmayr zu danken und vor allem Herrn Ernst-Ullrich Wehle für seine unermündliche Bereitschaft, mich in mathematisch-statistischen Fragen zu beraten.

Lebenslauf

Am 15.8.1942 wurde ich, Hans-Dieter Karch in Kalisch, damals Warthegau, als Sohn des Arztes Dr. Franz Karch und seiner Ehefrau Hilde, geb. Busch, geboren.

1945 siedelten wir uns in Herxheim bei Landau/Pfalz an. Ich besuchte dort die Volksschule und anschließend das Altsprachliche Gymnasium in Landau, wo ich im Februar 1961 die Reifeprüfung ablegte.

1960 zogen wir nach Neustadt/Weinstr. um, hier ist jetzt noch mein Hauptwohnsitz.

Nach der Ableistung des Wehrdienstes begann ich das Medizinstudium im Sommersemester 1962 in Mainz und bestand dort die ärztliche Vorprüfung im Oktober 1964. Während des ersten klinischen Semesters studierte ich in Heidelberg, im zweiten war ich in Wien, dann immatrikulierte ich mich an der Universität München. Das Studium schloß ich im Februar 1968 mit der ärztlichen Prüfung ab.

Ab 1. September 1968 arbeitete ich als Medizinalassistent an der Chirurgischen Universitätsklinik München und seit 1. Januar bin ich an der Stiftsklinik Augustinum in München beschäftigt.

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305